



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**
za miesiąc2026 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Środek transportu	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt przejazdu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt)
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
Data i podpis asystenta

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
Realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego