Załącznik nr 6 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla

Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

# WZÓR

..................................................................................................

..................................................................................................

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH**

za miesiąc ……………….…………. 2025 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta**  | **Data pobrania/zakupu biletów**  | **Liczba pobranych/zakupi onych biletów**  | **Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością**  | **Cel wyjazdu**  | **Koszt zakupu** | **Podpis asystenta** | **Uwagi (np. rodzaj biletu)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

..........................................................................................................

Data i podpis asystenta