



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

**EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU (np. taksówką)**

za miesiąc ..... 2025 r.

Lp.	Data wyjazdu	Cel podróży	Wskazanie rodzaju środka transportu	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Podpis asystenta	Podpis uczestnika programu
1	2	3	4	5	6	7

Załączniki – dowody poniesienia wydatku, np. rachunki imienne i faktury imienne dokumentujące ww. przejazdy

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....