Załącznik nr 11 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

WZÓR

……

……

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

Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką
ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

za miesiąc …….. 2026 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Środek transportu	Data przejazdu 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	4	5	6		7	8

.....

Data i podpis asystenta