

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