



Załącznik nr 10 do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu w ramach realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2024 w miesiącu...../2024

Dane osoby - Asystent osoby z niepełnosprawnością

Imię i nazwisko :
Adres zamieszkania.....
Nr umowy.....z dnia.....

Zestawienie wydatków na zakupie biletów komunikacji publicznej/ prywatnej

Lp	Data	Cel podróży	Rodzaj / dowód wydatku *	Koszt wydatku	Podpis asystenta	Uwagi
Podsumowanie						
Z przeniesienia						
Razem						

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego rozliczenie)

.....
(podpis Kierownika Ośrodka)

Załączniki :

1.....

2.....

*należy dołączyć dowód poniesionych wydatków np. rachunek, paragon, faktura dokumentującą ww. przejazd