

**Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówka
za miesiąc.....2025**

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

.....
Dane uczestnika Programu
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

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