wydrukuj obustronnie

SPÓŁDZIELNIA SOCJALNA
HORYZONTY

EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU (np. taksówką)

w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

za miesiąc _____ 2026

Uwaga. Do każdego wydatku wykazanego w Ewidencji należy dołączyć dowód poniesienia wydatku, np. fakturę dokumentującą przejazd.

…… ……

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

Lp.	**Imię i nazwisko asystenta**	**Środek transportu**	**Data przejazdu oraz imię i nazwisko osoby 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							

3							
4							
5							

.....

Data i podpis asystenta

Uwaga. Do każdego wydatku wykazanego w Ewidencji należy dołączyć dowód poniesienia wydatku, np. fakturę dokumentującą przejazd.