

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

**Ewidencja biletów komunikacyjnych
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026**

za miesiąc 2026 r.*

| Lp. | Imię i nazwisko asystenta | Data pobrania/zakupu biletów | Liczba pobranych/zakupionych biletów | Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością | Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością | Koszt zakupu | Podpis asystenta | Uwagi (np. rodzaj biletu) |
|-----|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|--|--------------|------------------|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* Koszt zakupu należy udokumentować w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dołączonej do ewidencji biletów komunikacyjnych

.....
Data i podpis asystenta