Załącznik nr 6 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024

*WZÓR*

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc ……………….…………. 2024 r.

| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta**  | **Data****pobrania/zakupu biletów**  | **Liczba pobranych/zakupionych biletów**  | **Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością**  | **Cel wyjazdu**  | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………..

Data i podpis asystenta