

.....  
 .....  
 Dane Asystenta osoby niepełnosprawnej  
 (nazwisko, imię, adres zamieszkania)

\_\_\_\_\_  
 Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, której dotyczy  
 ewidencja kosztów przejazdu

## EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU, np. TAKSÓWKĄ <sup>1,2)</sup>

za miesiąc .....2024r.

Lp.	Data podróży	Cel podróży	Wartość przejazdu zł gr	Podpis asystenta
1	2	3	4	5
<b>Razem</b>				

1) do ewidencji należy dołączyć dowód poniesionego wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą w/w przejazd,

2) zakres realizacji usług: w granicach administracyjnych województwa kujawsko-pomorskiego.

\_\_\_\_\_  
 Data i podpis Asystenta