



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

.....  
.....  
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

### **EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH**

**za miesiąc .....2024 r.**

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

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024 realizowany jest przy wsparciu finansowym ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.

Kwota dofinansowania: 684 501,80 zł


.....

Data i podpis asystenta