



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

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

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**  
**za miesiąc .....2024 r.**

Lp.	Data wyjazdu	Numer rejestracyjny pojazdu	Pojemność silnika	Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/ asystenta/inny – wskazać jaki)	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka za 1 km przebiegu *	Wartość (9)x(10)	Podpis asystenta	Uwagi
									zł gr	zł gr		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

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: 684 501,60 zł

<b>Podsumowanie strony</b>												
<b>Do przeniesienia/Z przeniesienia</b>												
<b>Razem</b>												

\* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

- dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm<sup>3</sup> – 0,89 zł;
- dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm<sup>3</sup> – 1,15 zł;
- dla motocykla – 0,69 zł;
- dla motoroweru – 0,42 zł.

.....

Data i podpis asystenta