



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

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

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc2024 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: 684 501,60 zł

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

.....

Data i podpis asystenta