



Zadanie realizowane w ramach programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik nr 8 do Regulaminu realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026
w Ośrodku Pomocy Społecznej w Kostrzynie nad Odrą*

.....
.....
Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

za miesiąc 2026 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Środek transportu	Data przejazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Koszt przejazdu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt)
1	2	4	5	6		7	8

.....
Data i podpis asystenta