……

……..

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko i imię, adres zamieszkania)

Załącznik nr 6 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla
Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

za miesiąc …… 2025 r.

Lp.	Imię i nazwisko asystenta	Data pobrania/zakupu biletów	Liczba pobranych/zakupionych biletów	Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością	Cel wyjazdu	Koszt zakupu	Podpis asystenta	Uwagi (np. rodzaj biletu)
1	2	3	4	5	6		7	8

.....

Data i podpis asystenta

Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością " dla Organizacji Pozarządowych– edycja 2025,
finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowany przez Spółdzielnię Socjalną Nasze Zaodrze w ramach zadania publicznego na podstawie umowy nr 14/AOOzN/NGO/2025