

**STOWARZYSZENIE "POMOST"**

ul. Leyka 17, 10-687 Olsztyn
♦ NIP 739-382-51-54 ♦ REGON 280597073
♦ KRS 0000381763
♦ MAIL: STOWARZYSZENIE@POMOSTOLSZTYN.PL
♦ WWW.POMOSTOLSZTYN.PL

Załącznik nr 7

do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji
Pozarządowych - edycja 2026

.....
.....
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 Organizacji Pozarządowych - 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