…….....……

…….....…
Dane asystenta osoby niepełnosprawnej
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU, np. TAKSÓWKĄ[1,2,3]

za miesiąc …….…. ……r.

L.p.	**Data podróży**	**Cel podróży**	**Wartość przejazdu** zł gr	**Podpis asystenta**
1	2	3	4	5
			Razem	

[1)] do ewidencji należy dołączyć dowód poniesionego wydatku np. rachunek, paragon, fakturę dokumentującą ww. przejazd,

[2)] zgodnie z zapisem punktu V. 5 ppkt 5 koszty będą kwalifikowane, jeżeli dojazd innym środkiem transportu, np. taksówką, asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu, zostaną zrealizowane w terminie do 30. dnia od daty odwołania ogłoszonego w dniu 20 marca 2020r. stanu epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej z powodu zakażeń wirusem SARS-CoV-2,

[3)] zakres realizacji usług: w granicach administracyjnych województwa kujawsko-pomorskiego.