Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” – edycja 2025 w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Spiczynie
Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

…………………………………………………………………………………..

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

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** | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 **Data i podpis asystenta……………………………………………………………………………………………………………….**