Załącznik nr 5

do Rozeznania cenowego pn „**Świadczenie usług**

 **Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej -edycja 2023 ”**

w ramach Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby

 niepełnosprawnej” – edycja 2023

przez Miejsko-Gminny Ośrodek

 Pomocy Społecznej w Żurominie



…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta**  | **Data****pobrania biletów**  | **Liczba pobranych biletów**  | **Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną**  | **Cel wyjazdu**  | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

.……………………………………

Data i podpis asystenta