Załącznik nr 5 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla

Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

# WZÓR

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością (nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU**

**za miesiąc** ………………. 2025 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wyjazdu**  | **Numer** **rejestracyjny pojazdu**  | **Pojemność silnika** | **Wskazanie rodzaju środka transportu** **(własny/ asystenta/inny – wskazać jaki)** | **Opis trasy wyjazdu****(skąd-dokąd)** | **Cel wyjazdu** | **Imię i nazwisko osoby z** **niepełnosprawno****ścią** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | **Stawka za** **1 km przebiegu \***zł gr | **Wartość**(9)x(10)zł gr | **Podpis asystenta** | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Podsumowanie strony** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Do przeniesienia/Z przeniesienia** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |  |  |

\* Stawka za przejechany 1 km została określona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. poz. 271, z późn. zm.) i wynosi: – dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm3 – 0,89 zł;

* dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm3 – 1,15 zł; – dla motocykla – 0,69 zł;
* dla motoroweru – 0,42 zł.

 .........................................................................................................................................

Data i podpis asystenta