**ZESATWIENIE PONIESIONYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

**w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.**

Miesiąc realizacji usługi …………………………………rok………………

Nazwisko i imię asystenta ……………………………………………………………………………

- koszty przejazdu ………………………….. zł.

- koszt biletów ….………………………..zł.

- koszt biletów wstępu …...……………………… zł.

Ogółem koszty do zwrotu za m-c …………………………… w wysokości …………………zł

słownie ………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..

Podpis asystenta

Zatwierdzono:

……………………………………………

Podpis osoby upoważnionej