**Zał. nr 8**

Załącznik nr 10 do Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

**………………………………………………………**  
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 niepełnospra - wnością** | **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 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) 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.

Data i podpis asystenta …………………………………………………………