Załącznik nr 3 do Regulaminu

AOZN 2025- Gmina Pobiedziska

…………………………………………….…………

……………………………………….……………….

Dane asystenta osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**ZESTAWIENIE PONIESIONYCH WYDATKÓW**

**za miesiąc ………………. 2025 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Data poniesionego  wydatku | Nr  dokumentu/rodzaj | Uzasadnienie poniesienia  wydatku (cel), miejsce realizacji  usług | Wartość biletów wstępu  na wydarzenia  kulturalne/rozrywkowe/  sportowe/społeczne | Wartość przejazdu  taksówkami | UWAGI |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | |  |  |  |
| WYKORZYSTANE LIMITY WRAZ Z PRZEDKŁADANYM ROZLICZENIEM (narastająco) | | | |  |  |  |

\*do zestawienia należy dołączyć dowody poniesienia wydatku umożliwiający jego rozliczenie w sposób nie budzący wątpliwości np.: rachunek, fakturę, bilet itp. dokument potwierdzający wydatek

…………………….……………………………………………………

Podpis Asystenta Osoby z Niepełnosprawnością