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 poniesionegowydatku | Nrdokumentu/rodzaj | Uzasadnienie poniesieniawydatku (cel), miejsce realizacjiusług | Wartość biletów wstępuna wydarzeniakulturalne/rozrywkowe/sportowe/społeczne | Wartość przejazdutaksówkami | 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