Załącznik nr 5

WZÓR

. . . . . .

. . . . . .

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

za miesiąc ……. ……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**	**Liczba faktycznie przejechanych kilometrów**	**Stawka za 1 km przebiegu *** zł gr	**Wartość** (8)x(9) zł gr	**Podpis asystenta**	**Uwagi**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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 – 0,5214 zł;
– dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm3 – 0,8358 zł;
– dla motocykla – 0,2302 zł;
– dla motoroweru – 0,1382 zł.