

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Imię i nazwisko Asystenta Osobistego:

Imię i nazwisko Uczestnika Programu:

Adres Uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od 2025 r. do 2025 r.

Uwaga: **Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco!**

Lp.	Data usługi	Godziny realizacji usługi (od – do)	Liczba godzin realizowanych	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/ Opiekuna Prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						

20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Łączna liczba godzin usług asystencji osobistej zrealizowanych w miesiącu:

..... 2025 r. wyniosła godzin.

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.