

**Prognozowany harmonogram usług asystencji osobistej w ramach Projektu:  
„Pomocna dłoń – usługi asystencji osobistej w województwie wielkopolskim”**

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

.....

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi asystencji osobistej:

.....

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej za miesiąc:

.....

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin | Godziny realizacji usługi |
|-----|-------------|---------------|---------------------------|
| 1.  |             |               |                           |
| 2.  |             |               |                           |
| 3.  |             |               |                           |
| 4.  |             |               |                           |
| 5.  |             |               |                           |
| 6.  |             |               |                           |
| 7.  |             |               |                           |
| 8.  |             |               |                           |
| 9.  |             |               |                           |
| 10. |             |               |                           |

| <b>Lp.</b> | <b>Data usługi</b> | <b>Liczba godzin</b> | <b>Godziny realizacji usługi</b> |
|------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|
| 11.        |                    |                      |                                  |
| 12.        |                    |                      |                                  |
| 13.        |                    |                      |                                  |
| 14.        |                    |                      |                                  |
| 15.        |                    |                      |                                  |
| 16.        |                    |                      |                                  |
| 17.        |                    |                      |                                  |
| 18.        |                    |                      |                                  |
| 19.        |                    |                      |                                  |
| 20.        |                    |                      |                                  |
| 21.        |                    |                      |                                  |
| 22.        |                    |                      |                                  |
| 23.        |                    |                      |                                  |
| 24.        |                    |                      |                                  |
| 25.        |                    |                      |                                  |
| 26.        |                    |                      |                                  |
| 27.        |                    |                      |                                  |
| 28.        |                    |                      |                                  |

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin | Godziny realizacji usługi |
|-----|-------------|---------------|---------------------------|
| 29. |             |               |                           |
| 30. |             |               |                           |
| 31. |             |               |                           |

Łączna liczba prognozowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu

.....r. wyniesie około ..... godzin.

Podpis asystenta .....