

**Plan realizacji usługi asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2026**

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę asystencji osobistej:

.....

Prognozowany harmonogram usług na miesiąc:

..... 2026r.

Lp.	Data usługi	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			

Lp.	Data usługi	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

Łączna liczba prognozowanych godzin usług asystencji osobistej
w miesiącu 2026r. wyniesie godzin.

Podpis asystenta