

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Projektu
„Pomocna dłoń – edycja II usługi asystencji osobistej”**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:

Imię i nazwisko Asystenta:.....

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

Adres uczestnika Projektu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie oddor.

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego
31.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącur. wyniosła godzin.

.....

Data i podpis Asystenta

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym

.....

Data i podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego