

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

Imię i nazwisko Asystenta:

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

Adres uczestnika Projektu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie oddor.

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.						

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

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