



Załącznik 2 do Umowy.

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2024**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej do umowy nr

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę asystencji osobistej – ASYSTENT –

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

Imię i nazwisko uczestnika Programu – OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ –

Adres uczestnika Programu:

Uwaga: Kartę realizacji usługi należy uzupełniać na bieżąco

Lp.	Data usługi	Godziny realizacji usługi (od – do)	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						



Załącznik 2 do Umowy.

8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						



Załącznik 2 do Umowy.

23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2024 r. wyniosła godzin.

Łączny koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej oraz koszt przejazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu wyniósł zł *.

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

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

* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu oraz ewidencję biletów komunikacyjnych w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2024.