

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Karta realizacji usługi asystenta Umowa nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do 2025 roku.

UWAGA: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco

Lp.	Data usługi	Godziny usługi		Liczba pełnych godzin zrealizowanych	Rodzaj i miejsce realizacji usługi*	Czytelny podpis	
		od	do			Asystenta	uczestnika/ opiekuna prawnego
1.							
2.							
3.							

4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							

13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							

22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							



31.							
-----	--	--	--	--	--	--	--

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2025 r. wyniosła godzin.

.....

(Data i podpis asystenta)

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

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

.....

(Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.