*Wzór*

**Karta realizacji usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"**

Karta realizacji usług asystenckich Nr ....................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ……………………………………………………………………………

Imię i nazwisko asystenta: ……………………………………………………………………...............

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich w okresie od …………… do………………....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu ……..…………………………… r.
wyniosła ………. godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów komunikacji publicznej, w związku z realizacją usług asystenckich wyniosła w miesiącu ………..…….. szt. , o wartości ….……………….. zł.

………………………………..

Data i podpis asystenta

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich.

………………………………

Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\*Należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich, np. w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania (np. wizyta w miejscowości zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości).