



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).