**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 w danym miesiącu** | **Rodzaj usługi\*** |
| 1. |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| n |  |  |  |

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

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