

**Karta realizacji usługi asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od do

(Uwaga: Kartę realizacji usługi należy uzupełniać na bieżąco)

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin zrealizowanych | Godziny realizacji usługi (od-do) | Rodzaj i miejsce realizacji usługi* | Czytelny podpis asystenta | Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego |
|-----|-------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |

* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 13. | | | | | | |
| 14. | | | | | | |
| 15. | | | | | | |
| 16. | | | | | | |
| 17. | | | | | | |
| 18. | | | | | | |
| 19. | | | | | | |
| 20. | | | | | | |
| 21. | | | | | | |
| 22. | | | | | | |
| 23. | | | | | | |
| 24. | | | | | | |

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

Łączny koszt jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystenta własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wyniósł zł (nie więcej niż 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością albo nie więcej niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością).**

.....
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 wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.