Załącznik nr 3 do Regulaminu Projektu „Stawiam na samodzielność”

**Miesięczna karta realizacji usługi asystencji osobistej w ramach Projektu**

**„Stawiam na samodzielność”**

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

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

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę asystencji osobistej ………………………………………………………………..

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ………………….…… do ……….……………….………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Zakres usługi** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….………………….2023 r. wyniosła ………………….…. godzin.

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………

Data i podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego