



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



W LEGNICY

Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Karta realizacji usług asystenta Nr

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od do

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin zrealizowanych | Rodzaj usługi* | Czytelny podpis asystenta |
|-----|-------------|------------------------------|----------------|---------------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2024 r. wyniosła godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt., o wartości zł**.

Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt. , o wartości zł***.

Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł zł ****.

.....
Data i podpis asystenta

Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

.....
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości;

**Należy załączyć imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura);

***Należy załączyć ewidencję biletów komunikacyjnych (załącznik nr 11 do Programu);

****Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu (załącznik nr 10 do Programu).