



**Harmonogram realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

w okresie od do..... 2024 r.

Imię i nazwisko uczestnika Programu:.....

Adres uczestnika Programu:

Imię i nazwisko asystenta.....

UWAGA: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco. W przypadku konieczności korekty, błędny zapis należy skreślić, obok wpisać prawidłowy i zaparafować przez Uczestnika oraz Asystenta.

Lp.	Data usługi	Godziny realizacji usługi (od-do)	Liczba godzin	Miejsce realizacji usługi*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				



14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Łączna liczba planowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu 2024 r.
wyniesie..... godzin.

.....
Data i podpis Asystenta

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

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