

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby   
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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 …….……… 2025 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).