

WZÓR

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

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr:.....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres uczestnika Programu: .....

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

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

(Uwaga: Kartę realizacji usług 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. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu .....2024 r. wyniosła.....godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł ..... zł–300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę 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 z niepełnosprawnością.

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

\*Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.