



Fundusze Europejskie  
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**DOLNY  
ŚLĄSK**

### KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH

	<b>POINT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</b>
<b>TYTUŁ PROJEKTU</b>	<b>„Asystentura – integracja - aktywizacja”</b>
<b>NUMER PROJEKTU</b>	<b>FEDS.09.01-IP.02-0063/23</b>
<b>OKRES REALIZACJI PROJEKTU</b>	<b>02.05.2024 – 31.07.2026</b>

Karta realizacji usług asystenckich nr ..... (mm/rrrr/AIA/inicjały Asystenta)

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu: .....

Adres Uczestnika Projektu: .....

Rozliczenie wykonania usług asystenckich w okresie od ..... do .....

**(Uwaga: Kartę realizacji usługi należy uzupełniać na bieżąco)**



Lp.	Data usługi	Godziny realizacji usługi (od – do)	Rodzaj i miejsce realizacji usługi *)	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego
		Liczba godzin zrealizowanych		
1.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
2.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
3.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
4.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
5.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		



6.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
7.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
8.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
9.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		
10.		Od-		
		Do-		
		Liczba godzin:		



Fundusze Europejskie  
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**DOLNY  
ŚLĄSK**

## OŚWIADCZENIA

### Oświadczenie Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnościami

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

.....

Data i podpis Asystenta

### Oświadczenie Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich w miesiącu ..... 2024 r.

.....

Data i podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego

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