KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENCKICH

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

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) Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj i miejsce realizacji usługi *)	Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego
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:		

OŚWIADCZENIA

Oświadczenie Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnościami

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu ……..…… 2026 r. wyniosła ……..…….. godzin.

……..
Data i podpis Asystenta

Oświadczenie Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich w miesiącu ……..…….. 2026 r.

……..
Data i podpis Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego

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