Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

**Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

Załącznik nr 9 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością"
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024

**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: .....

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.