



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

## Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

Załącznik nr 9 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
- edycja 2025

WZÓR

### Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

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 ..... 2025 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, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.\*\*

.....  
Data i podpis asystenta

### **Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

.....  
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 2025.