



WZÓR

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

Karta realizacji usług asystenta Nr .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

.....

Adres uczestnika Programu:

.....

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od ..... do

.....

<b>Lp.</b>	<b>Data usługi</b>	<b>Liczba godzin zrealizowanych</b>	<b>Rodzaj usługi*</b>	<b>Czytelny podpis asystenta</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

14.				
15.				

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu ..... 2021 r. wyniosła ..... godzin.

Łączna liczba wykorzystanych biletów do placówek kulturalnych (np. muzeum, teatru, galerii sztuki) przez asystenta w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ..... szt. , o wartości ..... zł\*\* - koszt kwalifikowany to maksymalnie 100 zł miesięcznie.

Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji publicznej/prywatnej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła ..... szt. , o wartości ..... zł.

Łączny koszt przejazdu asystenta własnym/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z realizacją usług asystenta wyniósł ..... zł - koszt kwalifikowany to maksymalnie 200 zł miesięcznie\*\*\*

Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej – koszt kwalifikowany to maksymalnie 50 zł miesięcznie\*\*\*\*

.....  
Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

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

\*Należy wskazać również miejsce realizacji usług asystenta, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości;

\*\*Należy załączyć imienne dokumenty potwierdzające korzystanie przez asystenta z danej placówki w związku z realizacją usługi asystenta osobistego, ze wskazaniem daty korzystania z danej placówki (np. faktura);

\*\*\*Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021.

\*\*\*\*Należy załączyć dokumenty potwierdzające zakup środków ochrony osobistej.

**KARTA PODOPIECZNEGO KORZYSTAJĄCEGO  
Z POMOCY USŁUGOWEJ ZLECONEJ PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE  
W KIELCACH**

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia .....

Data rozpoczęcia usług .....

Rodzaj usług .....

Wymiar czasowy usług .....

Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej .....

.....

.....

Lekarz prowadzący .....

Kontakt z najbliższą rodziną .....

.....

.....

.....

Podpis osoby wypełniającej kartę:

.....

**KARTA KONTROLI WEWNĘTRZNEJ ŚRODOWISKA OBJĘTEGO POMOCĄ USŁUGOWĄ ZLECONĄ PRZEZ  
MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE  
W KIELCACH**

Data	<i>Opis kontroli</i>	<b>Podpis osoby kontrolującej</b>	<b>Podpis podopiecznego</b>

