Załącznik nr 10 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

− edycja 2022

**Karta realizacji usług asystenta w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022**

Karta realizacji usług asystenta nr .....................................................................................................................................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ………………………………...……………………………………………………………………………………………………..

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Godziny od-do/liczba godzin zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu …….……… 2022 r. wyniosła ………. godzin.

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych lub miesięcznych 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 ‒ koszt kwalifikowany to maksymalnie 300 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 ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

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