

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej (nazwisko i imię AO):

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 – natychmiast po zakończonej usłudze)

Lp.	Data usługi	Godziny realizacji usługi (od – do)	Liczba godzin	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.						
16.						

17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						

27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w m-cu 2026 r. wyniosła godzin.

.....

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