Załącznik nr 2 do umowy zlecenia

realizacji usług w ramach Programu

„Asystent osobisty osoby

niepełnosprawnej”– edycja 2023

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: ......................................... Imię i nazwisko asystenta …………………………………………………………………………………………………………

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

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

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od …………………….………….…… 2023 r. do ……….……………….…………… 2023 r.

**(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj usługi** | **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. |  |  |  |  |  |  |  |

**Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….………………………………… 2023 r. wyniosła ………….…………..…. godzin.**

 ……………………………….. ………………………………………………………………………..

 Data Podpis asystenta

 **Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego:**

 **Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej**.

 ……………………………. ………………..……………………………………………………………..

 Data Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

 **Oświadczam że w miesiącu …………………………………… 2023 r. :**

- **nie korzystałem/am** z innych usług asystencji osobistej, zarówno w ramach tego Programu, jak i w ramach innych programów lub projektów finansowanych ze środków publicznych;

- **w godzinach świadczenia mi usługi asystencji osobistej** wskazanych w niniejszej karcie **nie korzystałem/am** z usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, opieki wytchnieniowej, jak i innych usług finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego lub usług obejmujących analogiczne wsparcie finansowane ze środków publicznych, jak również nie przebywałem/am w Środowiskowym Domu Samopomocy, w Dziennym Domu Senior +, na Warsztatach Terapii Zajęciowej, w szpitalu czy innej placówce zapewniającej opiekę.

 ……………………………. ………………..……………………………………………………………..

 Data Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Oświadczam **że w miesiącu …………………………………… 2023 r.** usługę asystencji osobistej w czasie (godzinach) wskazanych w niniejszej karcie świadczyłem/am tylko u jednej osoby, tj. pani/a ……………………………………………………………………

 ……………………………….. ………………………………………………………………………..

 Data Podpis asystenta