



**Karta realizacji usług asystenckich w ramach Projektu Wielkopolskie Centrum Wspierania Niezależności MÓJ ASYSTENT 4**

Imię i nazwisko uczestnika Projektu: .....

Adres uczestnika Projektu: .....

Imię i nazwisko asystenta: .....

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

LP.	Data usługi	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj wsparcia i miejsce realizacji
1.				3	
2.				3	
3.				3	
4.				3	



5.				3	
6.				3	

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu

..... r. wyniosła ...18..... godzin.

.....

Data i podpis asystenta

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystenckich

..... Data i podpis uczestnika Projektu

\*Należy wskazać miejsce realizacji usług asystenckich, np. w miejscu zamieszkania, poza miejscem zamieszkania (np. wizyta w miejscowości zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości).

**Potwierdzam wykonanie pracy**

**Koordynator Proj**