



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Karta realizacji usług asystenckich w ramach Projektu Wielkopolskie Centrum Wspierania Niezależności MÓJ ASYSTENT 5

Imię i nazwisko uczestnika Projektu:

Adres uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko asystenta:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenckich w okresie oddo.....

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

**WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI
MÓJ ASYSTENT 5**



4.				3	
5.				3	
6.				3	
7.				3	
8.				3	



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

9.				3	
----	--	--	--	---	--

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenckich w miesiącu

..... r. wyniosła ...27..... 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

Koordinator Projektu

**WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI
MÓJ ASYSTENT 5**



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI
MÓJ ASYSTENT 5