Załącznik nr 7 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla

Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

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

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej do umowy zlecenia nr: .....................................................................................................

Imię i nazwisko asystenta: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko uczestnika Programu: ...................................................................................................................................................................................................................... Adres uczestnika Programu: .....................................................................................................................................................................................................................................

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w okresie od ........................................................................do ....................................................................

 (dzień/miesiąc/rok) (dzień/miesiąc/rok)

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizo-wanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego** |
| 1. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 2. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| 3. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐inne(jakie?)…………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| 4. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizo-wanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego** |
| 5. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 6. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| 7. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐inne(jakie?)…………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| 8. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizo-wanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego** |
| 9. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 10. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| 11. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐inne(jakie?)…………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| 12. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizo-wanych** | **Godziny realizacji usługi (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego** |
| 13. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 14. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)……………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| 15. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐inne(jakie?)…………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| 16. |  |  |  | **Miejsce**: w miejscu zamieszkania /poza miejscem zamieszkania\*\*☐ wsparcie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej☐ wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie☐ wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania☐ wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem☐ inne (jakie?)…………………………………………………………………………………………………………… |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu ......................................................2025 r. wyniosła ..............…..godzin.

Łączny koszt jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystenta własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wyniósł 0,00 zł (nie więcej niż 300 zł miesięcznie, jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością, albo nie więcej niż 500 zł miesięcznie na asystenta, pod warunkiem że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością).\*\*\*

……………………………………………………………………………

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością ze stanem faktycznym.

…………………………………………………………………………….. **Zatwierdzono poprawność dokumentu:**

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego data i podpis ……………………………………………………

 Koordynator programu

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi asystencji osobistej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości. W przypadku zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu, należy wpisać miejsce, czas, cel uczestnictwa asystenta w wydarzeniu.

\*\* Niepotrzebne skreslić

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025.