



Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Projekt „Asystent Niewidomego” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Miesiąc.....

Imię i nazwisko asystenta

Imię i nazwisko uczestnika Projektu :

Adres uczestnika Projektu :

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystencji osobistej w okresie oddo

Lp.	Data usługi	Liczba godzin zrealizowanych	Rodzaj usługi*	Czytelny podpis asystenta	Czytelny podpis uczestnika
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
	Razem				

.....

Data i podpis zatwierdzającego godziny (dyspozytora godzin / dyrektora biura)