**Załącznik nr 2.4 do OPZ**

**Potwierdzenie wpływu do Realizatora:**

*WZÓR*

**Karta realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej**

**w ramach projektu Centrum Usług Środowiskowych „WISIENKA 4”**

Karta realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej nr: .....................................................................................................................

Imię i nazwisko Uczestnika projektu: ………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………….

Adres Uczestnika projektu: ………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozliczenie miesięczne wykonania usług Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w okresie od ………………….…… do ……….……………….…………

**(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco i przedkładać na każde żądanie Realizatora)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data usługi | Liczba godzin zrealizowanych | Godziny realizacji usługi (od – do) | Rodzaj i miejsce realizacji usługi\* (ew. problemy w realizacji usługi ) | Czytelny podpis asystenta | Czytelny podpis Uczestnika projektu/ opiekuna prawnego |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

\* Należy wskazać miejsce realizacji usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej, np. w miejscu zamieszkania, wyjazd do innej miejscowości.

Łączna liczba zrealizowanych godzin usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej w miesiącu …….……………………………………………………………… 2024 r. wyniosła ……………..……………godzin.

………………………………..

Data i podpis AOON

Oświadczenie Uczestnika Projektu/opiekuna prawnego**: Potwierdzam zgodność realizacji usługi asystenckiej zawartej w Karcie realizacji usługi.**

………………………………

Data i podpis Uczestnika projektu/opiekuna prawnego

Uwagi Realizatora: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczenie Przedstawiciela Realizatora Projektu: Potwierdzam odbiór karty.

………………………………

Data i podpis przedstawiciela personelu projektu