



Załącznik nr 6 do Regulaminu naboru i uczestnictwa  
w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla  
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Karta realizacji usługi asystencji osobistej nr: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres uczestnika Programu: .....

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

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| Lp. | Data usługi | Liczba godzin<br>zrealizowanych | Godziny realizacji<br>usługi (od – do) | Rodzaj i miejsce realizacji usługi* | Czytelny podpis<br>asystenta | Czytelny podpis<br>uczestnika/ opiekuna<br>prawnego |
|-----|-------------|---------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                     |
| 2.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                     |
| 3.  |             |                                 |                                        |                                     |                              |                                                     |

|     |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 4.  |  |  |  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |  |  |  |
| 6.  |  |  |  |  |  |  |
| 7.  |  |  |  |  |  |  |
| 8.  |  |  |  |  |  |  |
| 9.  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |

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

Łączny koszt zakupu biletów komunikacji publicznej/prywatnej jednorazowych oraz koszt dojazdu własnym/innym środkiem transportu, np. taksówką asystentów w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu oraz łączny koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi Programu wyniósł ..... zł – 300 zł miesięcznie na asystenta, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością i 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, 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.

.....

Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

\* 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.

\*\* Należy załączyć ewidencję przebiegu pojazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.