



Załącznik 4 do Regulaminu określającego zasady realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2021”

**Karta realizacji usług asystenta
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021**

Imię i nazwisko uczestnika/-czki Programu:

Adres uczestnika/-czki Programu:

Imię i nazwisko Asystenta:

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta za miesiąc: 2021 r.

Lp.	Data usługi	Miejsce realizacji Usługi	Rodzaj usługi**	Godziny realizacji usługi od - do	Liczba godzin
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

1. Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystenta w miesiącu 2021 r. wyniosła godzin.

2. Łączna liczba wykorzystanych biletów jednorazowych komunikacji miejskiej w związku z realizacją usług asystenta wyniosła szt. , o wartości zł.***

3. Łączny koszt przejazdu asystenta własnym środkiem transportu w związku z realizacją usług asystenta wyniósł zł. ****

4. Łączny koszt zakupu dla asystenta środków ochrony osobistej wyniósł zł*****

.....

Data i podpis Asystenta

Oświadczenia Uczestnika/-czki Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług Asystenta z rzeczywistym wykonaniem

.....
Data i podpis Uczestnika/-czki Programu/opiekuna prawnego

Oświadczam, że łączna liczba godzin wszystkich programów/ projektów, w których uczestniczę nie przekroczyła 60h/m-c oraz, że usługi Asystenta nie były świadczone w trakcie innych usług

.....
Data i podpis Uczestnika/-czki Programu/opiekuna prawnego

* np. miejsce zamieszkania Uczestnika programu, spacer do..., wyjazd/wyjście do... itd.

** Opis wykonanych zadań z Uczestnikiem/-czką programu i na jego/jej rzecz

*** Zgodnie z załączoną ewidencją wykorzystania biletów komunikacji miejskiej za dany miesiąc

**** Zgodnie z załączoną ewidencją przebiegu pojazdu.

***** Zgodnie z załączonymi dokumentami potwierdzającymi zakup środków ochrony osobistej.



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby
niepełnosprawnej” – edycja 2021–
finansowany ze środków
Funduszu Solidarnościowego

Załącznik 1 do Karty realizacji usług asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021

Dane Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:

Stanowisko: Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU za miesiąc/2021 r.

W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ USŁUG ASYSTENCKICH W RAMACH PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – EDYCJA 2021”

Lp.	Data wyjazdu	Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Liczba faktycznie przejechanych kilometrów	Stawka ¹ za 1 km przebiegu zł gr	Wartość (5)x(6) zł gr	Podpis Asystenta	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Podsumowanie strony								
Z przeniesienia								
Razem								

¹ Stawka za przejechany 1 km został określony w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 z późn. zm.) i wynosi: - dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ - 0,5214 zł; - dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ - 0,8358 zł; - dla motocykla - 0,2302 zł; - dla motoroweru - 0,1382 zł.