

## KARTA REALIZACJI USŁUG

asystencji osobistej w ramach programu  
**„KTOŚ dla CIEBIE – indywidualne wsparcie i rozwój na lata 2026-2029”**

Rozliczenie **miesięczne** wykonania usługi Asystencji Osobistej za Miesiąc: ..... Rok: .....

	Beneficjent Ostateczny - - Uczestnik Programu [OzN]	Asystent Osobisty [AOOzN]
nazwisko imię :		
adres miasto :		
ulica / nr / mieszkanie :		
numer telefonu :		
e-mail :		

Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco

Lp.	data usługi	godzina rozpoczęcia (od)	godzina zakończenia (do)	liczba godzin zrealizowanych	miejsce realizacji usługi	czytelny podpis Asystenta	czytelny podpis Uczestnika / Opiekuna
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							

Lp.	data usługi	godzina rozpoczęcia (od)	godzina zakończenia (do)	liczba godzin zrealizowanych	miejsce realizacji usługi	czytelny podpis Asystenta	czytelny podpis Uczestnika / Opiekuna
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							
29.							
30.							
31.							
<b>RAZEM</b>							

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu .....2026 r. wyniosła .....godzin.

.....  
*data i podpis Asystenta Osobistego*

**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*

Prawidłowo wypełniony i podpisany oryginał Karty Realizacji Usług musi zostać **dostarczony do siedziby realizatora:**  
**FUNDACJA KTOŚ (93-280 Łódź Al. Marszałka Edwarda Śmigłego Rydza 70**  
**najpóźniej do 2.-go dnia kolejnego miesiąca od daty zakończenia realizacji usług.**