*Załącznik nr 4 do regulaminu* Załącznik nr 9 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej − edycja 2023

**Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

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 zrealizowanych** | **Godziny realizacji usługi  (od – do)** | **Rodzaj i miejsce realizacji usługi\*** | **Czytelny podpis asystenta** | **Czytelny podpis uczestnika/ opiekuna prawnego** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….…………… 2023 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 wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby niepełnosprawnej i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby niepełnosprawnej.\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby niepełnosprawnej.

………………………………

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 niepełnosprawnej” – edycja 2023.

*Załącznik nr 4a do regulaminu* Załącznik do Programu Ministra Rodzin i Polityki Społecznej o zmianie Programu  
 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data**  **wyjazdu** | **Numer rejestracyjny pojazdu** | **Pojemność silnika** | **Wskazanie rodzaju środka transportu (własny/ asystenta/inny – wskazać jaki)** | **Opis trasy**  **wyjazdu**  **(skąd-dokąd)** | **Cel wyjazdu** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | Stawka za  1 km przebiegu \*  zł gr | Wartość (8)x(9)  zł gr | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podsumowanie strony** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Do przeniesienia/Z przeniesienia** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | |  |  |  |  |  |

\* Stawka za przejechany 1 km została określona 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. poz. 271, z 2004 r. poz. 2376, z 2007 r. poz. 1462, z 2011 r. poz. 308 oraz z 2023 r. poz. 5) i wynosi:

– dla samochodu o pojemności skokowej silnika do 900 cm3 – 0,89 zł;

– dla samochodu o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm3 – 1,15 zł;

– dla motocykla – 0,69 zł;

– dla motoroweru – 0,42 zł.

……………………………………

Data i podpis asystenta

 

*Załącznik 4b do regulaminu*

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej   
 (nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA KOSZTÓW PRZEJAZDU INNYM ŚRODKIEM TRANSPORTU NP. TAKSÓWKĄ**

**za miesiąc** ………………………….…….……. **2023 roku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data podróży** | **Cel podróży** | **Imię i nazwisko odbiorcy Programu** | **Cena przejazdu (potwierdzona rachunkiem, paragonem, fakturą)\*** | **Nr rachunku, paragonu, faktury za przejazd** | **Uwagi** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |

\* Do ewidencji załączam dowody poniesienia wydatków ……. egz.

……………………………………………..

Data i czytelny podpis asystenta

*Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

 

*Załącznik 4c do regulaminu*

………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………….

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej   
(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA BILETÓW WSTĘPU DLA ASYSTENTA NA WYDARZENIA: KULTURALNE, ROZRYWKOWE, SPORTOWE, SPOŁECZNE itp.  
za miesiąc** …………………….……….…….……. **2023 roku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **data wydarzenia** | **rodzaj wydarzenia** | **Imię i nazwisko odbiorcy Programu** | **Cena biletu (potwierdzona wykorzystanym biletem, rachunkiem, paragonem, fakturą) \*** | **Nr rachunku, paragonu, faktury** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |

\* Do ewidencji załączam dowody poniesienia wydatków(paragon, faktura, wykorzystany bilet) ……….. egz.

……………………………………………..

Data i czytelny podpis asystenta

*Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2023 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

*Załącznik nr 4d do regulaminu*  Załącznik nr 10A do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

− edycja 2023

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

**za miesiąc** ………………. ……………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta** | **Data**  **pobrania biletów** | **Liczba pobranych biletów** | **Data wyjazdu z osobą niepełnosprawną** | **Cel wyjazdu** | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

.……………………………………

Data i podpis asystenta