



HARMONOGRAM REALIZACJI USŁUG ASYSTENTA
W RAMACH PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ” – EDYCJA 2023

Imię i nazwisko uczestnika Programu:.....

Adres uczestnika Programu:

Dni tygodnia	Godziny realizacji usług asystenckich	Wnioskowany zakres realizacji usług asystenta
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Przewidywana łączna liczba godzin usług asystenta w miesiącu godzin.

.....
Data i podpis asystenta

Akceptuję ww. harmonogram realizacji usług asystenta osobistego

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