………………………………………………………

 pieczęć Załącznik nr 3 do ogłoszenia konkursowego

Zestawienie zbiorcze miesięczne z wykonania usług przewidzianych Programem w każdym miesiącu realizacji usług i narastająco w stosunku do każdego Uczestnika w trakcie trwania realizacji **Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”** **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Zestawienie zbiorcze miesięczne z wykonania usługi asystencji osobistej w 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lista uczestników**  | **Liczba godzin zrealizowanych usług asystencji osobistej****w poszczególnych miesiącach** |
|  | **V** | **VI** | **VII** | **VIII** | **IX** | **X** | **XI** | **XII** | **Łącznie** |
| **Imię i nazwisko Uczestnika ze znacznym stopniem niepełnosprawności** **z niepełnosprawnością sprzężoną, w tym orzeczenia równoważne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
 |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w tym orzeczenia równoważne**1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną, w tym orzeczenia równoważne**1. 2.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, w tym orzeczenia równoważne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Imię i nazwisko opiekuna prawnego Dziecka do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Łączna liczba asystentów świadczących usługi asystencji osobistej w miesiącu ……………… 2024 r. wynosiła………**

Rzeszów, dnia ………………… ………………………………………

 (podpis osoby reprezentującej)