………………………………………………………

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** | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  |
| **Imię i nazwisko Uczestnika ze znacznym stopniem niepełnosprawności,  w tym orzeczenia równoważne** | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **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)