Załącznik

nr 9 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

− edycja 2024

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

**„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu …….………………………………………. 2024 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 z niepełnosprawnością i 500 zł dla wykonującego usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością.\*\*

………………………………..

Data i podpis asystenta

**Oświadczenie Uczestnika Programu/opiekuna prawnego**

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością.

………………………………

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 z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Załącznik nr 10 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

**za miesiąc** ………………. 2024 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** | **Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | Stawka za 1 km przebiegu \*zł gr | **Wartość**(9)x(10)zł gr | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 nr 10 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU

**za miesiąc** ………………. 2024 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** | **Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością** | **Liczba faktycznie przejechanych kilometrów** | Stawka za 1 km przebiegu \*zł gr | **Wartość**(9)x(10)zł gr | Podpis asystenta | **Uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 nr 11 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

**za miesiąc** ………………. 2024 r.

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

.……………………………………

Data i podpis asystenta

Załącznik nr 11 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024

…………………………………………………………………………………..

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

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

**za miesiąc** ………………. 2024 r.

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

.……………………………………

Data i podpis asystenta

Bielsko-Biała, …………………2024 r.

RACHUNEK DO UMOWY ZLECENIA nr **…………………………………………..………….** z dnia **……………...
za miesiąc ………………..…………. 2024r.**

|  |
| --- |
| Wystawił:  |

|  |
| --- |
| Dla: **MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ** **UL. KAROLA MIARKI 11 43-300 BIELSKO-BIAŁA** |

Za wykonanie zleconych czynności polegających na świadczeniu usług asystenckich w ramach programu *„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024*, zgodnie z dwustronnie zawartą umową zlecenie, wnoszę o przyjęcie niniejszego rachunku i dokonanie wypłaty należnego wynagrodzenia na **kwotę brutto wraz z kosztami zleceniodawcy**:

**……..……….… zł (słownie:……….……………………………..………………………………………………………………………..),**

**tj. ……………………. godzin.**

…………………………………
(podpis Zleceniobiorcy)

Stwierdzam, że zlecona praca została\* / ~~nie została\*~~ wykonana według warunków w/w umowy
i przyjęta.

…………………………………
(podpis osoby potwierdzającej wykonanie umowy - zlecenia)

…………………………………
(podpis Zleceniodawcy)

\* niepotrzebne skreślić