

**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.

.....

 Dane asystenta osobistej 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

.....

 Dane asystenta osobistej 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

.....
.....
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

.....

 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 zlecniodawcy:**

..... 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 Zlecniodawcy)

* niepotrzebne skreślić