



**Harmonogram realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
w okresie od do..... 2026 r.**

Imię i nazwisko uczestnika Programu:.....

Adres uczestnika Programu:

Imię i nazwisko asystenta.....

UWAGA: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco. W przypadku konieczności korekty, błędny zapis należy skreślić,
obok wpisać prawidłowy i zaparafować przez Uczestnika oraz Asystenta.

Lp.	Data usługi	Godziny realizacji usługi (od-do)	Liczba godzin
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.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			