Załącznik nr 4 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

WZÓR

Karta realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027
zwanego dalej „Programem”

Imię i nazwisko asystenta: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres zamieszkania uczestnika Programu: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi asystencji osobistej w miesiącu …….. 2027 r.

(*Uwaga: Realizator Programu powinien weryfikować prawidłowość oraz systematyczność uzupełniania Karta realizacji usług asystencji osobistej. Karta realizacji usług asystencji osobistej powinna być uzupełniana przez asystenta na bieżąco, zgodnie z faktycznie realizowanymi usługami asystencji osobistej i powinna zostać przekazana realizatorowi Programu niezwłocznie, nie później niż do 7. dnia miesiąca następującego po miesiącu realizacji usług albo niezwłocznie po zakończeniu realizacji usług, nie później niż w ciągu 7 dniu po ich zakończeniu. Karta realizacji usług asystencji osobistej powinna zostać wypełniona w sposób czytelny i podpisana przez asystenta, uczestnika Programu/opiekuna prawnego i osobę działającą w imieniu realizatora Programu. Karta realizacji usług asystencji osobistej, stanowi podstawę ustalenia wynagrodzenia asystenta za wykonane usługi, którego wypłata następuje na podstawie dokumentów finansowo-księgowych.*)

Lp.	**Data usługi**	**Liczba godzin zrealizowanych**	**Godziny realizacji usługi (od – do)**	**Rodzaj i miejsce realizacji usługi**	**Podpis asystenta**	**Podpis uczestnika Programu/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.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu .....2027 r. wyniosła ..... godzin.

Łączny koszt:

- zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu (zgodnie z ofertą przewoźnika, z uwzględnieniem ulg przysługujących asystentom oraz z wykorzystaniem najtańszej dostępnej taryfy),
- przejazdów asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu własnym/udostępnionym przez osobę trzecią środkiem transportu,
- przejazdu asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami,

w związku z realizacją usług asystencji osobistej określonych w Programie;

- zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe i sportowe dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi wraz z opłatą serwisową[1] związaną z ich zakupem, jeżeli jest wymagana, jeżeli konieczna jest realizacja czynności wspierających uczestnika w trakcie wydarzenia,

wyniósł ..... zł (*nie więcej niż 300 zł miesięcznie na asystenta w ramach kosztów bezpośrednio związanych z realizacją usług asystencji osobistej realizatora Programu, zatrudniającego asystenta, gdy koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością, albo nie więcej niż 500 zł miesięcznie na asystenta w ramach kosztów bezpośrednio związanych z realizacją usług asystencji osobistej realizatora Programu, zatrudniającego asystenta, pod warunkiem że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz jeżeli koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością*)[2].

.....

Data i podpis asystenta

Oświadczenie uczestnika Programu/opiekuna prawnego:

Potwierdzam zgodność treści Karty realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, określonych w niniejszej Karcie realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu, wobec uczestnika Programu nie były świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:

a) usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639, z późn. zm.),
b) usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

- o ile obejmują analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 18 Programu finansowane ze środków publicznych.

---

[1] Dotyczy zakupu biletów przez stronę internetową.

[2] Należy załączyć ewidencje, z których wynikają poniesione koszty, tj.:

- Ewidencję przebiegu pojazdu stanowiącego własność asystenta/udostępnionego przez osobę trzecią w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027;
- Ewidencję kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027;
- Ewidencja kosztów zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027.

Oświadczam, że w miesiącu objętym niniejszą Kartą realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu, wobec uczestnika Programu **nie były/były**[3] świadczone usługi asystencji osobistej w ramach Programu przez innych realizatorów Programu lub w ramach innych programów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dotyczących usług asystencji osobistej. Jeżeli takie usługi asystencji osobistej były realizowane w miesiącu objętym niniejszą Kartą realizacji usług asystencji osobistej w ramach Programu, podaję nazwę realizatora Programu u którego były one realizowane i wymiar zrealizowanych godzin usług asystencji osobistej:

Nazwa realizatora Programu: ……,

Wymiar godzin realizowanych usług asystencji osobistej ……..

……

Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego

Oświadczenie osoby działającej w imieniu realizatora Programu:
Karta realizacji usług asystencji osobistej została zweryfikowana pod względem formalnym i merytorycznym oraz zaakceptowana do rozliczenia.

……

Data i podpis osoby działającej w imieniu realizatora Programu

[3] Niepotrzebne skreślić.