

Plan i realizacja usług asystencji osobistej
do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024

Miesięczny plan i jego realizacja –

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres uczestnika Programu:

Telefon, e-mail:

Imię i nazwisko asystenta:

Planowany zakres usług/wsparcia, wynikający z indywidualnych potrzeb Uczestnika Programu.

.....

.....

Data i podpis UP/opiekuna prawnego

Data i podpis asystenta

Zrealizowany zakres usług/wsparcia zaplanowany z Uczestnikiem Programu/opiekunem prawnym

.....

.....

Data i podpis UP/opiekuna prawnego

Data i podpis asystenta

.....

.....

Data i podpis pracownika socjalnego

Data i podpis Dyrektora GOPS