**Plan usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej"**

Plan usług asystenckich Nr ....................

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………………………………

Adres uczestnika Programu: ……………………………………………………………………………

Telefon, e-mail: …………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko wybranego przez uczestnika asystenta: ……………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc planowanych usług** | **Miesięczna liczba godzin planowanych usług** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |

…………………………………..……………………………

Data i podpis zgłaszającego potrzeby usług lub pracownika przyjmującego zgłoszenie