Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

Załącznik nr 4
do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2021

PLANOWANY HARMONOGRAM WYKONANIA USŁUG ASYSTENTA

MIESIĄC ..... 2021 roku

Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021

Imię, nazwisko i adres uczestnika Programu: .....

Realizator usług: .....

Lp.	Planowana data realizacji usług	Godziny pracy od……do…….	Uwagi
Planowana ilość godzin w danym miesiącu:			

Data: .....

…….. ……

podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego podpis asystenta