

## Miesięczny plan zapotrzebowania na usługi asystencji osobistej

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością.....

Dane kontaktowe/ w tym ewentualnie dane osoby upoważnionej do kontaktu:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu .....

Nr telefonu kontaktowego ..... lub .....

Miejsce i przewidywany czas wsparcia asystenckiego:

Data wsparcia	Miejsce wsparcia	Przewidywany czas realizacji

Proszę wskazać specjalne potrzeby z zakresu komunikacji czy trudności związane z przemieszczaniem się .....

.....

.....