Załącznik nr 4 do Programu
Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

*WZÓR*

**Sprawozdanie gminy/powiatu ..... z realizacji Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**
**w ramach Funduszu Solidarnościowego**

| Załącznik 4: | | | | | w tym z kol. 4: | | | | | | w tym z kol. 5: | | | | | | | w tym z kol. 7: | | | | w tym z kol. 8: | | | w tym z kol. 9: | | | | | | w tym z kol. 10: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Gmina/powiat | Typ gminy/powiatu | Wykonawca (w przypadku zlecenia realizacji Zadania) | Ogólna liczba osób niepełnosprawnych, którym przyznano usługi asystencji osobistej | Liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) | Liczba osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) | Liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) | Liczba osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tymorzeczeniarównoważne) | Liczba dzieci w wieku do ukończenia 16 r.ż. spełniających zapisy części III Programu | Ogólna liczba wykonanych godzin usługi asystencji osobistej | Dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) | Dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczeniarównoważne) | Dla osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z niepełnosprawnością sprzężoną (w tym orzeczenia równoważne) | Dla osób z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (w tym orzeczenia równoważne) | Dla dzieci w wieku do ukończenia 16 r.ż. spełniających zapisy części III Programu | Liczba godzin usług asystencji osobistej, które wnioskodawca zlecił organizacji pozarządowej, o której mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571), lub podmiotowi, o którym mowa w art. 3 ust. 3 tej ustawy | Liczba asystentów osób niepełnosprawnych | Liczba asystentów osób niepełnosprawnych wykonujących usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością | Liczba asystentów osób niepełnosprawnych wykonujących usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością | Kwota środków Funduszu Solidarnościowego przekazanych przez wojewodę na realizację Programu | na realizację Zadania (rodzaje kosztów, o których mowa w kolumnach 9a-9d) | na koszty obsługi Programu | łączna kwota środków Funduszu Solidarnościowego wykorzystana na realizację Programu | Koszt wynagrodzenia asystentów za wykonaną usługę asystencji osobistej | Koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu (nie większej niż 300 zł miesięcznie na asystenta wykonującego usługę asystencji osobistej dla jednej osoby z niepełnosprawnością) | Koszt zakupu biletów wstępu na wydarzenia kulturalne, rozrywkowe, sportowe lub społeczne itp. dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi oraz koszt przejazdów asystentów własnym/udostępnionym przez osobę trzecią/innym środkiem transportu np. taksówką w związku z wyjazdami, które dotyczą realizacji usług wymienionych w treści Programu (nie większej niż 500 zł miesięcznie na asystenta pod warunkiem, że wykonuje on usługę asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością oraz gdy, koszty te związane są ze świadczeniem usług asystencji osobistej dla więcej niż jednej osoby z niepełnosprawnością) | Koszt ubezpieczeń OC lub NNW asystentów | Koszt obsługi Programu | łączna kwota zwrotu niewykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego na realizację Programu | Kwota zwrotu niewykorzystanych środków na realizację Zadania | Kwota zwrotu niewykorzystanych środków przekazanych tytułem kosztów obsługi Programu | Kwota zwrotu odsetek bankowych od niewykorzystanych środków na realizację Zadania i przekazanych tytułem kosztów obsługi Programu | Ostatni jak dla zaległości podatkowych od zwrotów środków z Funduszu Solidarnościowego zwróconych po terminie | Wkład własny |
| Lp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 4a | 4b | 4 c | 4 d | 4 e | 5 | 5a | 5b | 5 c | 5 d | 5 e | 6 | 7 | 7a | 7b | 8 | 8a | 8b | 9 | 9a | 9b | 9c | 9d | 9e | 10 | 10a | 10b | 10c | 11 | 12 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Razem** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.....
Miejscowość i data:

.....
Podpis wójta/burmistrza/prezydenta miasta/starosty lub osoby upoważnionej

| Dodatkowe informacje dot. uczestników Programu | |
|---|---|
| Przedział wiekowy/płeć | Liczba uczestników |
| 0-17 lat / kobiety | |
| 0-17 lat / mężczyźni | |
| 18-59 lat / kobiety | |
| 18-64 lat / mężczyźni | |
| 60 i więcej lat / kobiety | |
| 65 i więcej lat / mężczyźni | |
| **RAZEM** | |