

HARMONOGRAM / AKTUALIZACJA HARMONOGRAMU*

FORM WSPARCIA DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU** W RAMACH REALIZOWANEGO PROJEKTU

Numer Projektu: FEOP.06.07-IZ-.00-0005/23

Tytuł Projektu: „PARASOL - wsparcie rodzin i pieczy zastępczej w powiecie prudnickim”

Nazwa i Adres Beneficjenta: Spółdzielnia Socjalna „Parasol” 48-300 Nysa, Jędrzychów, ul. Słowicza 11

Adres biura projektu: 48-303 Nysa, ul. Prusa 14

Lp.	Rodzaj formy wsparcia (poradnictwo psychologiczne, prawne, turnusy terapeutyczne- wypoczynkowe itp.)	Planowana liczba uczestników formy wsparcia (w przypadku realizowania wsparcia indywidualnego proszę podać imię i nazwisko uczestnika projektu!)	Data realizacji formy wsparcia (szczegółowo podać datę/daty)	Godziny realizacji formy wsparcia „od-do” (uwzględniając przerwy)	Adres realizacji formy wsparcia (dokładny adres, nr sali, nazwa instytucji/firmy, itp.)	Imię i nazwisko osoby prowadzącej wsparcie
1	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 1	12.01.2026 13.01.2026 14.01.2026 15.01.2026 16.01.2026 17.01.2026 26.01.2026 27.01.2026 28.01.2026 29.01.2026	12.01.2026 16:00-20:00 13.01.2026 16:00-20:00 14.01.2026 16:00-20:00 15.01.2026 16:00-20:00 16.01.2026 16:00-20:00 17.01.2026 12:00-17:00 26.01.2026 16:00-20:00 27.01.2026 16:00-20:00 28.01.2026 16:00-20:00 29.01.2026 16:00-19:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

9

2	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	5.01.2026 7.01.2026 12.01.2026 14.01.2026 19.01.2026 21.01.2026 26.01.2026 28.01.2026	5.01.2026 13:00-18:00 7.01.2026 13:25-18:20 12.01.2026 13:00-18:00 14.01.2026 13:25-18:25 19.01.2026 13:00-18:00 21.01.2026 13:25-18:25 26.01.2026 13:00-18:00 28.01.2026 13:25-18:25	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	6.01.2026 10.01.2026 14.01.2026 20.01.2026 31.01.2026	6.01.2026 10:00-20:00 10.01.2026 10:00-20:00 14.01.2026 15:00-20:00 20.01.2026 15:00-20:00 31.01.2026 10:00-20:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	1.01.2026 2.01.2026 3.01.2026 4.01.2026 5.01.2026 6.01.2026 10.01.2026 11.01.2026 17.01.2026	1.01.2026 10:00-16:00 2.01.2026 16:00-18:00 3.01.2026 12:00-16:00 4.01.2026 10:00-16:00 5.01.2026 13:00-18:00 6.01.2026 10:00-14:00 10.01.2026 11:00-15:00 11.01.2026 12:00-18:00 17.01.2026 15:00-18:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	5.01.2026 7.01.2026 8.01.2026 10.01.2026 12.01.2026 15.01.2026 16.01.2026 17.01.2026 23.01.2026 24.01.2026	5.01.2026 10:00-14:00 7.01.2026 10:00-14:00 8.01.2026 15:00-19:00 10.01.2026 10:00-14:00 12.01.2026 15:00-19:00 15.01.2026 15:00-19:00 16.01.2026 15:00-19:00 17.01.2026 15:00-19:00 23.01.2026 15:00-19:00 24.01.2026 10:00-14:00	Adres zamieszkania uczestnika 5	Asystent 5

*zaznaczyć właściwe

**uczestnik projektu – osoba, która podpisała Oświadczenie uczestnika projektu (wzór Oświadczenia stanowi Załącznik do Umowy o dofinansowanie projektu) w Rudniku

Data sporządzenia: 22.12.2025r Imię i nazwisko osoby sporządzającej: Marta Pawlukiewicz

Z-ca Dyrektora
Powiatowego Centrum
w Rudniku
mgr Grażyna Holdo