



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 terapeutyczno- 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	1.12.2025 2.12.2025 3.12.2025 4.12.2025 5.12.2025 6.12.2025 15.12.2025 16.12.2025 17.12.2025 18.12.2025 19.12.2025 20.12.2025	1.12.2025 17:00-20:00 2.12.2025 17:00-20:00 3.12.2025 17:00-20:00 4.12.2025 17:00-20:00 5.12.2025 17:00-20:00 6.12.2025 12:00-17:00 15.12.2025 17:00-20:00 16.12.2025 17:00-20:00 17.12.2025 17:00-20:00 18.12.2025 17:00-20:00 19.12.2025 17:00-20:00 20.12.2025 12:00-17:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	1.12.2025 3.12.2025 8.12.2025 10.12.2025 15.12.2025 17.12.2025 22.12.2025 23.12.2025	1.12.2025 13:00-18:00 3.12.2025 13:25-18:25 8.12.2025 13:00-18:00 10.12.2025 13:25-18:25 15.12.2025 13:00-18:00 17.12.2025 13:25-18:25 22.12.2025 13:00-18:00 23.12.2025 13:25-18:25	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	7.12.2025 13.12.2025 20.12.2025 21.12.2025 22.12.2025	7.12.2025 10:00-20:00 13.12.2025 10:00-20:00 20.12.2025 10:00-15:00 21.12.2025 10:00-20:00 22.12.2025 10:00-15:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	23.12.2025 24.12.2025 25.12.2025 27.12.2025 28.12.2025 29.12.2025	23.12.2025 11:00-19:00 24.12.2025 10:00-16:00 25.12.2025 10:00-17:00 27.12.2025 13:00-19:00 28.12.2025 12:00-18:00 29.12.2025 11:00-19:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	1.12.2025 4.12.2025 5.12.2025 8.12.2025 12.12.2025 13.12.2025 15.12.2025 19.12.2025 20.12.2025 22.12.2025	1.12.2025 15:00-19:00 4.12.2025 15:00-19:00 5.12.2025 15:00-19:00 8.12.2025 15:00-19:00 12.12.2025 15:00-19:00 13.12.2025 15:00-19:00 15.12.2025 15:00-19:00 19.12.2025 15:00-19:00 20.12.2025 10:00-14:00 22.12.2025 15:00-19:00	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)

Data sporządzenia:

Imię i nazwisko osoby sporządzającej: Marta Pawlukiewicz

mgr Grażyna Hołda
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Prawdniku