



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	3.11.2025 4.11.2025 5.11.2025 6.11.2025 7.11.2025 8.11.2025 17.11.2025 18.11.2025 19.11.2025 20.11.2025 21.11.2025 22.11.2025	3.11.2025 17:00-20:00 4.11.2025 17:00-20:00 5.11.2025 17:00-20:00 6.11.2025 17:00-20:00 7.11.2025 17:00-20:00 8.11.2025 12:00-17:00 17.11.2025 17:00-20:00 18.11.2025 17:00-20:00 19.11.2025 17:00-20:00 20.11.2025 17:00-20:00 21.11.2025 17:00-20:00 22.11.2025 12:00-17:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	3.11.2025 5.11.2025 10.11.2025 12.11.2025 17.11.2025 19.11.2025 24.11.2025 26.11.2025	3.11.2025 13:00-18:00 5.11.2025 13:25-18:25 10.11.2025 13:00-18:00 12.11.2025 13:25-18:25 17.11.2025 13:00-18:00 19.11.2025 13:25-18:25 24.11.2025 13:00-18:00 26.11.2025 13:25-18:25	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	1.11.2025 7.11.2025 11.11.2025 18.11.2025 29.11.2025	1.11.2025 10:00-20:00 7.11.2025 15:00-20:00 11.11.2025 10:00-20:00 18.11.2025 15:00-20:00 29.11.2025 10:00-20:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	2.11.2025 8.11.2025 9.11.2025 11.11.2025 15.11.2025 16.11.2025 23.11.2025	2.11.2025 10:00-18:00 8.11.2025 14:00-19:00 9.11.2025 10:00-18:00 11.11.2025 11:00-14:00 15.11.2025 15:00-19:00 16.11.2025 11:00-19:00 23.11.2025 14:00-18:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	3.11.2025 6.11.2025 8.11.2025 13.11.2025 17.11.2025 20.11.2025 22.11.2025 24.11.2025 27.11.2025 29.11.2025	3.11.2025 15:00-19:00 6.11.2025 15:00-19:00 8.11.2025 10:00-14:00 13.11.2025 15:00-19:00 17.11.2025 15:00-19:00 20.11.2025 15:00-19:00 22.11.2025 10:00-14:00 24.11.2025 15:00-19:00 27.11.2025 15:00-19:00 29.11.2025 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

Z-ca Dyrektora
Gminnego Centrum Pomocy Rodzinie
w Prudniku
mgr Grażyna Holda