



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	11.08.2025 12.08.2025 13.08.2025 14.08.2025 15.08.2025 16.08.2025 25.08.2025 26.08.2025 27.08.2025 28.08.2025 29.08.2025 30.08.2025	11.08.2025 17:00-20:00 12.08.2025 17:00-20:00 13.08.2025 17:00-20:00 14.08.2025 17:00-20:00 15.08.2025 17:00-20:00 16.08.2025 12:00-17:00 25.08.2025 17:00-20:00 26.08.2025 17:00-20:00 27.08.2025 17:00-20:00 28.08.2025 17:00-20:00 29.08.2025 17:00-20:00 30.08.2025 12:00-17:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	1.08.2025 11.08.2025 14.08.2025 18.08.2025 22.08.2025	10:00-18:00	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	2.08.2025 9.08.2025 14.08.2025 19.08.2025 23.08.2025 28.08.2025	2.08.2025 12:00-20:00 9.08.2025 10:00-20:00 14.08.2025 16:00-18:00 19.08.2025 15:00-20:00 23.08.2025 10:00-20:00 28.08.2025 15:00-20:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	10.08.2025 13.08.2025 15.08.2025 16.08.2025 17.08.2025 20.08.2025 23.08.2025 25.08.2025 30.08.2025	10.08.2025 12:00-18:00 13.08.2025 15:00-19:00 15.08.2025 11:00-18:00 16.08.2025 12:00-18:00 17.08.2025 11:00-16:00 20.08.2025 15:00-17:00 23.08.2025 14:00-18:00 25.08.2025 15:00-19:00 30.08.2025 9:00-11:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	1.08.2025 5.08.2025 8.08.2025 12.08.2025 13.08.2025 19.08.2025 20.08.2025 22.08.2025	10:00-15:00	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