



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	7.03.2026 9.03.2026 10.03.2026 11.03.2026 12.03.2026 13.03.2026 14.03.2026 21.03.2026 23.03.2026 24.03.2026 25.03.2026 26.03.2026	7.03.2026 12:00-17:00 9.03.2026 17:00-20:00 10.03.2026 17:00-20:00 11.03.2026 17:00-20:00 12.03.2026 17:00-20:00 13.03.2026 17:00-20:00 14.03.2026 12:00-17:00 21.03.2026 17:00-20:00 23.03.2026 17:00-20:00 24.03.2026 17:00-20:00 25.03.2026 17:00-20:00 26.03.2026 17:00-20:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	2.03.2026 4.03.2026 9.03.2026 11.03.2026 16.03.2026 18.03.2026 23.03.2026 25.03.2026	W godzinach 13:00-18:00	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	7.03.2026 14.03.2026 17.03.2026 20.03.2026 21.03.2026 28.03.2026 29.03.2026	7.03.2026 10:00-20:00 14.03.2026 15:00-20:00 17.03.2026 15:00-20:00 20.03.2026 15:00-20:00 21.03.2026 10:00-15:00 28.03.2026 10:00-18:00 29.03.2026 14:00-16:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	1.03.2026 7.03.2026 8.03.2026 14.03.2026 15.03.2026 22.03.2026 28.03.2026	1.03.2026 8:00-14:00 7.03.2026 15:00-20:00 8.03.2026 17:00-21:00 14.03.2026 16:00-21:00 15.03.2026 8:00-15:00 22.03.2026 8:00-16:00 28.03.2026 16:00-21:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	2.03.2026 5.03.2026 6.03.2026 9.03.2026 12.03.2026 13.03.2026 14.03.2026 16.03.2026 19.03.2026 20.03.2026 21.03.2026 23.03.2026	2.03.2026 15:00-19:00 5.03.2026 15:00-19:00 6.03.2026 15:00-19:00 9.03.2026 15:00-19:00 12.03.2026 15:00-19:00 13.03.2026 15:00-19:00 14.03.2026 10:00-15:00 16.03.2026 15:00-19:00 19.03.2026 15:00-19:00 20.03.2026 15:00-19:00 21.03.2026 10:00-15:00 23.03.2026 15:00-19:00	Adres zamieszkania uczestnika 5	Asystent 5

6	kurs języka migowego	2	W każdy poniedziałek i wtorek	W godzinach 9:00-11:00	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Kościuszki 55a 48-200 Prudnik	Stowarzyszenie MEDYK w Zespole Szkół Medycznych im. Janusza Korczaka
---	----------------------	---	-------------------------------------	---------------------------	--	--

*zaznaczyć właściwe

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

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

Z-ca Dyrektora
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Prudniku

mgr Grażyna Hołda