



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	7.02.2026 9.02.2026 10.02.2026 11.02.2026 12.02.2026 13.02.2026 14.02.2026 21.02.2026 23.02.2026 24.02.2026 25.02.2026 26.02.2026	7.02.2026 12:00-17:00 9.02.2026 17:00-20:00 10.02.2026 17:00-20:00 11.02.2026 17:00-20:00 12.02.2026 17:00-20:00 13.02.2026 17:00-20:00 14.02.2026 12:00-17:00 21.02.2026 14:00-17:00 23.02.2026 17:00-20:00 24.02.2026 17:00-20:00 25.02.2026 17:00-20:00 26.02.2026 17:00-20:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	2.02.2026 3.02.2026 4.02.2026 5.02.2026 6.02.2026 9.02.2026 10.02.2026 11.02.2026	W godzinach 10:00-15:00	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	7.02.2026 9.02.2026 12.02.2026 21.02.2026 24.02.2026 27.02.2026	7.02.2026 10:00-20:00 9.02.2026 15:00-20:00 12.02.2026 15:00-20:00 21.02.2026 10:00-20:00 24.02.2026 15:00-20:00 27.02.2026 15:00-20:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	1.02.2026 3.02.2026 4.02.2026 8.02.2026 14.02.2026 15.02.2026 22.02.2026	1.02.2026 11:00-19:00 3.02.2026 15:00-20:00 4.02.2026 14:00-19:00 8.02.2026 15:00-20:00 14.02.2026 13:00-18:00 15.02.2026 10:00-17:00 22.02.2026 10:00-15:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	2.02.2026 4.02.2026 6.02.2026 10.02.2026 12.02.2026 14.02.2026 16.02.2026 18.02.2026 20.02.2026 23.02.2026	2.02.2026 10:00-14:00 4.02.2026 10:00-14:00 6.02.2026 10:00-14:00 10.02.2026 10:00-14:00 12.02.2026 10:00-14:00 14.02.2026 10:00-14:00 16.02.2026 15:00-19:00 18.02.2026 15:00-19:00 20.02.2026 15:00-19:00 23.02.2026 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: 23.01.2026 r. Imię i nazwisko osoby sporządzającej: Marta Pawlukiewicz

Z-ca Dyrektora
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Pruszkach
mgr Grażyna Hołda