



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	10.08.2026 11.08.2026 12.08.2026 13.08.2026 14.08.2026 15.08.2026 24.08.2026 25.08.2026 26.08.2026 27.08.2026 28.08.2026 29.08.2026	10.08.2026 17:00-20:00 11.08.2026 17:00-20:00 12.08.2026 17:00-20:00 13.08.2026 17:00-20:00 14.08.2026 17:00-20:00 15.08.2026 12:00-17:00 24.08.2026 17:00-20:00 25.08.2026 17:00-20:00 26.08.2026 17:00-20:00 27.08.2026 17:00-20:00 28.08.2026 17:00-20:00 29.08.2026 12:00-17:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	17.08.2026 19.08.2026 21.08.2026 22.08.2026 24.08.2026 26.08.2026 28.08.2026 29.08.2026	W godzinach 11:00-16:00	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	12.08.2026 14.08.2026 15.08.2026 17.08.2026 22.08.2026 23.08.2026 24.08.2026 26.08.2026 29.08.2026 30.08.2026	12.08.2026 18:00-20:00 14.08.2026 15:00-18:00 15.08.2026 16:00-20:00 17.08.2026 15:00-19:00 22.08.2026 8:00-14:00 23.08.2026 11:00-19:00 24.08.2026 15:00-19:00 26.08.2026 17:00-20:00 29.08.2026 8:00-13:00 30.08.2026 10:00-11:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	3.08.2026 6.08.2026 7.08.2026 10.08.2026 13.08.2026 14.08.2026 17.08.2026 20.08.2026 21.08.2026 24.08.2026 27.08.2026 28.08.2026	3.08.2026 10:00-14:00 6.08.2026 10:00-14:00 7.08.2026 10:00-14:00 10.08.2026 10:00-14:00 13.08.2026 10:00-14:00 14.08.2026 10:00-14:00 17.08.2026 10:00-14:00 20.08.2026 10:00-14:00 21.08.2026 10:00-14:00 24.08.2026 10:00-14:00 27.08.2026 10:00-15:00 28.08.2026 10:00-15:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4

*zaznaczyć właściwe

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

Data sporządzenia: 24.07.2026 r. Imię i nazwisko osoby sporządzającej: Marta Pawlukiewicz

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Prudniku

mgr Maciej Kruszewski