



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	8.09.2025 9.09.2025 10.09.2025 11.09.2025 12.09.2025 13.09.2025 22.09.2025 23.09.2025 24.09.2025 25.09.2025 26.09.2025 27.09.2025	8.09.2025 17:00-20:00 9.09.2025 17:00-20:00 10.09.2025 17:00-20:00 11.09.2025 17:00-20:00 12.09.2025 17:00-20:00 13.09.2025 12:00-17:00 22.09.2025 17:00-20:00 23.09.2025 17:00-20:00 24.09.2025 17:00-20:00 25.09.2025 17:00-20:00 26.09.2025 17:00-20:00 27.09.2025 12:00-17:00	Adres zamieszkania uczestnika 1	Asystent 1

2.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 2	1.09.2025 5.09.2025 8.09.2025 12.09.2025 15.09.2025 19.09.2025 22.09.2025 26.09.2025 29.09.2025	14:25-18:25	Adres zamieszkania uczestnika 2	Asystent 2
3.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 3	6.09.2025 7.09.2025 9.09.2025 14.09.2025 16.09.2025 18.09.2025 20.09.2025	6.09.2025 10:00-16:00 7.09.2025 9:00-19:00 9.09.2025 16:00-20:00 14.09.2025 9:00-19:00 16.09.2025 16:00-20:00 18.09.2025 16:00-20:00 20.09.2025 8:00-10:00	Adres zamieszkania uczestnika 3	Asystent 3
4.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 4	6.09.2025 7.09.2025 8.09.2025 13.09.2025 14.09.2025 15.09.2025 20.09.2025 21.09.2025 22.09.2025 29.09.2025	6.09.2025 9:00-18:00 7.09.2025 14:00-18:00 8.09.2025 17:00-19:00 13.09.2025 14:00-18:00 14.09.2025 11:00-19:00 15.09.2025 17:00-19:00 20.09.2025 10:00-14:00 21.09.2025 16:00-19:00 22.09.2025 17:00-19:00 29.09.2025 17:00-19:00	Adres zamieszkania uczestnika 4	Asystent 4
5.	Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	Uczestnik 5	2.09.2025 3.09.2025 5.09.2025 8.09.2025 9.09.2025 10.09.2025 12.09.2025 16.09.2025 17.09.2025 19.09.2025	2.09.2025 15:00-19:00 3.09.2025 15:00-19:00 5.09.2025 15:00-19:00 8.09.2025 7:00-11:00 9.09.2025 15:00-19:00 10.09.2025 15:00-19:00 12.09.2025 15:00-19:00 16.09.2025 15:00-19:00 17.09.2025 15:00-19:00 19.09.2025 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
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Prudniku
mgr Grażyna Hołda