Załącznik nr 1 do umowy

**ZLECENIE WYKONANIA USŁUGI**

OPS.ZU. ……………………………. z dnia

Ośrodek Pomocy Społecznej w Czechowicach-Dziedzicach zgodnie z umową zleca wykonanie usługi asystenta u:

**Nazwisko i imię świadczeniobiorcy:** …………………………………………..........................................

**Adres**: ………………………………………………………………………nr telefonu…………………….

***Nazwisko i imię opiekuna prawnego/członka rodziny :*** *…………………………............................................*

***Adres****: ………………………………………………………nr telefonu…………………….* **\***

Wymiar godzin w przyznanym okresie …………………………; średnio miesięcznie ………….

godzin; ***nie więcej jednak niż 30 godzin miesięcznie***

Okres realizacji usługi asystenta ………………………………………………………..

Usługi asystenta polegają w szczególności na pomocy asystenta w:

1. wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach w wybrane przez osobę niepełnosprawną miejsce (np. dom, praca, placówki oświatowe i szkoleniowe, świątynie, placówki służby zdrowia
i rehabilitacyjne, gabinety lekarskie, urzędy, znajomi, rodzina, instytucje finansowe, wydarzenia kulturalne/rozrywkowe/społeczne/sportowe itp.);
2. wyjściu, powrocie oraz/lub dojazdach na rehabilitację i zajęcia terapeutyczne;
3. zakupach, z zastrzeżeniem aktywnego udziału korzystającego z usługi przy ich realizacji;
4. załatwieniu spraw urzędowych;
5. nawiązaniu kontaktu/współpracy z różnego rodzaju organizacjami;
6. korzystaniu z dóbr kultury (tj. muzeum, teatr, kino, galerie sztuki, wystawy itp.).

|  |
| --- |
|  |

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………. ……………………………………………………

 Podpis Zamawiającego Podpis Wykonawcy

**\***jeśli dotyczy