I-ZP.271.1.12.2018 zał. nr 8

KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI OPIEKUŃCZEJ ŚWIADCZONEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

„Niesamodzielni i niepełnosprawni mają wsparcie w Gminie Stanin”

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	Imię i nazwisko Opiekuna/Opiekunki
Adres Uczestnika Projektu	**Miesiąc, rok**

Data usługi	Czas pracy od - do	Liczba godzin	Podpis Uczestnika Projektu

RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH:			
Podpis Opiekuna/Opiekunki			

Zatwierdzam wykonanie usług opiekuńczych w miesiącu (MM/RRRR):

_____

Podpis

_____