I-Zp.271.1.12.2018 zał. nr 9

KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI ASYSTENCKIEJ

„Niesamodzielni i niepełnosprawni mają wsparcie w Gminie Stanin”

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu	Imię i nazwisko Asystenta
Adres Uczestnika Projektu	**Miesiąc, rok**

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

RAZEM LICZBA GODZIN ZREALIZOWANYCH USŁUG ASYSTENCKICH:			
Podpis Asystenta			

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

_____

Podpis

_____