 **I-ZP.271.6.2019 zał. nr 7 do SIWZ**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_