I-ZP.KK.261.27.2022

**zał. nr 7**

**KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI OPIEKUŃCZEJ ŚWIADCZONEJ W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

**„ Radków dla osób niesamodzielnych”- świadczenie usług opiekuńczych**

| 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
_____