

Gdańsk, dnia

Miesięczne zestawienie świadczonych usług opieki wytchnieniowej (forma: dzienna / całodobowa¹⁾)

Lp.	Imię i nazwisko osoby/osób z niepełnosprawnością	Imię i nazwisko członka/ów rodziny lub opiekuna/ów sprawującego/yh bezpośrednią opiekę nad osobą/osobami z niepełnosprawnością	Adres zamieszkania osoby/osób z niepełnosprawnością objętą usługami	Miejsce realizacji usługi ²⁾	Ilość godzin / dni ¹⁾ zrealizowanych		Imię i nazwisko osoby realizującej usługi
					Na rzecz 1 osoby z niepełnosprawnością	Na rzecz więcej niż 1 osoby z niepełnosprawnością	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
ŁĄCZNIE:							

¹⁾ *niepotrzebne skreślić*

²⁾ *miejsce zamieszkania, ośrodek wsparcia lub inne miejsce zaakceptowane przez gminę*

Oświadczam, że żadna usługa opieki wytchnieniowej nie była świadczona przez członków rodziny, opiekunów prawnych lub osoby faktycznie zamieszkujące razem z uczestnikiem Programu

.....
(podpis osoby odpowiedzialnej
za realizację zadania