PN.251.3.2020 **Zał. Nr 9**

**KARTA POTWIERDZAJĄCA SKORZYSTANIE Z USŁUGI ASYSTENCKIEJ**

**”Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych**

**w Gminie Choszczno”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko rehabilitanta** |
|  |  |
| **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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_