



Załącznik nr 1 do umowy

<b>KARTA REALIZACJI USŁUG ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ W RAMACH PROJEKTU „ZDROWY DOM – SIEĆ USŁUG WSPIERAJĄCYCH ZDROWIE PSYCHICZNE MIESZKAŃCÓW LEGNICY” O NUMERZE: FEDS.07.07-IP.02-046/23</b>		
<b>W OKRESIE OD-DO</b>		
<b>IMIĘ I NAZWISKO UP</b>		
<b>IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PR.</b>		
<b>IMIĘ I NAZWISKO ASYSTENTA O/N</b>		
ASYSTENT UTRZYMUJE SYSTEMATYCZNY KONTAKT Z UCZESTNIKIEM (MIN.1 KONTAKT W TYGODNIU)		
<b>DATA, GODZINY (od-do)</b>	<b>ZAKRES PRACY Z UCZESTNIKIEM PROJEKTU</b>	<b>PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU/ OPIEKUNA PRAWNEGO</b>
	<input type="checkbox"/> Realizacja IPW z UP <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie działań wymagających kontaktu z instytucjami <input type="checkbox"/> Pomoc w bieżącym funkcjonowaniu Inne.....	
	<input type="checkbox"/> Realizacja IPW z UP <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie działań wymagających kontaktu z instytucjami <input type="checkbox"/> Pomoc w bieżącym funkcjonowaniu Inne.....	
	<input type="checkbox"/> Realizacja IPW z UP <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie działań wymagających kontaktu z instytucjami <input type="checkbox"/> Pomoc w bieżącym funkcjonowaniu Inne.....	
	<input type="checkbox"/> Realizacja IPW z UP <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie działań wymagających kontaktu z instytucjami <input type="checkbox"/> Pomoc w bieżącym funkcjonowaniu Inne.....	
<b>Łączna ilość zrealizowanych usług asystenckich w miesiącu ..... 202., wyniosła ..... godz.</b>		
<b>PODPIS ASYSTENTA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>		