Załącznik nr 3 do ogłoszenia

Sprawozdanie miesięczne z realizacji zadania publicznego „Świadczenie usług opieki wytchnieniowa w formie **pobytu dziennego** w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu Opieka wytchnieniowa" - edycja 2022" na rzecz mieszkańców Gminy Trzebnica.

Lp.	Imię i nazwisko beneficjenta	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba przyznanych godzin w ramach opieki dziennej	Miesiąc ..... 2022 r.	Pozostała ilość godzin do realizacji
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
		RAZEM:			

Ilość godzin do realizacji w ramach zadania ……..……..
Łączna ilość zrealizowanych godzin w miesiącu ..... ……..……..
Pozostała ilość godzin do realizacji w ramach zadania publicznego ……..……..

Miejscowość i data .....

Podpis koordynatora ……..……..

Sprawozdanie miesięczne z realizacji zadania publicznego „Świadczenie usług opieki wytchnieniowa w formie **pobytu całodobowego** w ramach Programu Opieka wytchnieniowa - edycja 2022” na rzecz mieszkańców Gminy Trzebnica.

Lp.	Imię i nazwisko beneficjenta	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba przyznanych dni w ramach opieki całodobowej	Miesiąc ..... 2022 r.	Pozostała ilość dni do realizacji
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
		RAZEM:			

Ilość dni do realizacji w ramach zadania ……..……..
Łączna ilość zrealizowanych dni w miesiącu ..... ……..……..
Pozostała ilość dni do realizacji w ramach zadania publicznego ……..……..

Miejscowość i data .....

Podpis koordynatora ……..……..