

Sprawozdanie miesięczne z realizacji zadania publicznego Świadczenie usług opieki wytchnieniowa w formie **pobytu dziennego** w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 na rzecz mieszkańców Gminy Trzebnica.

Lp.	Imię i nazwisko beneficjenta	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba przyznanych godzin w ramach opieki dziennej	Miesiąc 2024 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” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 na rzecz mieszkańców Gminy Trzebnica.

Lp.	Imię i nazwisko beneficjenta	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Liczba przyznanych dni w ramach opieki całodobowej	Miesiąc 2024 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