

Prognozowany harmonogram usług asystencji osobistej w ramach

Projektu:

„Pomocna dłoń – edycja II usługi asystencji osobistej”

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu:

.....

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi asystencji osobistej:

.....

Rozliczenie wykonania usługi asystencji osobistej za miesiąc:

.....

Lp.	Data usługi	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Lp.	Data usługi	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			

Lp.	Data usługi	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi
29.			
30.			
31.			

Łączna liczba prognozowanych godzin usług asystencji osobistej w miesiącu

.....r. wyniesie około godzin.

Podpis asystenta