**

*Załącznik*

*do Indywidualnego Planu Wsparcia*

**Karta realizacji usług społecznych, zdrowotnych i wspierających uczestnika projektu**

**„Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów”.**

Indywidualny Plan Wsparcia nr ……………………………………..

Imię i nazwisko uczestnika projektu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres uczestnika projektu: ………………………………...………………………………………………………………………………………

Rozliczenie wykonania usług w okresie od ………………….…… do .……………….…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa  i zakres usługi** | **Nazwa realizatora usługi, dane kontaktowe** | **Data** | **Liczba godzin** | **Podpis uczestnika** | **Podpis realizatora usługi** | **Podpis Gminnego Koordynatora ds. LSWS** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |