*Załącznik do Komunikatu o zmianie*

*resortowego Programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne”*

*Wzór*

**Karta realizacji usług dziennych**

**Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, której przyznane zostały usługi w okresie czasowego zawieszenia realizacji usług dziennego pobytu w Centrum**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Data świadczonej usługi | Godziny świadczonej usługi (od …do) | Miejsce świadczonej usługi | Rodzaj świadczonej usługi | Podpis i data pracownika Centrum realizującego usługę | Podpis i data uczestnika Programu/opiekuna prawnego potwierdzającego realizację usługi |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Potwierdzam zgodność Karty realizacji usług dziennych

…………………………………………………..

Data i podpis osoby upoważnionej reprezentującej gminę/powiat