………………………………………………………

 pieczęć Załącznik nr 3 do ogłoszenia konkursowego

Zestawienie zbiorcze miesięczne z wykonania usług opieki wytchnieniowej przewidzianych Programem w każdym miesiącu realizacji usług i narastająco w stosunku do każdego Uczestnika Programu w trakcie trwania realizacji **Programu „Opieka wytchnieniowa”** **dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024**

Zestawienie zbiorcze miesięczne z wykonania usługi opieki wytchnieniowej w 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lista uczestników**  | **Liczba godzin zrealizowanych usług opieki wytchnieniowej w poszczególnych miesiącach** |
| **miesiąc** |  |  |  |  |  |  |  |  | **Łącznie** |
| Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego dziecka do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności:1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Łączna liczba osób świadczących usługi opieki wytchnieniowej w miesiącu ……………… 2024 r., wynosiła………**

Rzeszów, dnia ………………… ………………………………………

 (podpis osoby upoważnionej)