Załącznik nr 1 do IPW

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							