

KARTA wizyt opiekunki/ asystenta osoby niesamodzielnej

miesiąc realizacji:

Imię i nazwisko Beneficjenta:

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko Opiekuna faktycznego:

INFORMACJA DLA BENEFICJENTA/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Wizyty : 31 godzin miesięcznie w systemie dostosowanym do potrzeb Beneficjenta

Lp.	Data wizyty	Liczba godzin	Podpis opiekunki/ asystenta	Czytelny podpis Opiekuna faktycznego
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
Razem				

Organizator

„Remed” Renata Bienias

Projekt: „Wprowadzenie nowatorskich usług opiekuńczo-asystenckich poprawiających relacje oraz więzi niepełnosprawnych osób dorosłych, pozbawionych wsparcia rodziny, bliskich osób oraz akceptacji społeczeństwa”, współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020