Załącznik nr 1 doRegulaminu

***Karta wsparcia Beneficjenta Ostatecznego projektu pt. „Baza Usług Asystenckich” w ramach Konkursu PFRON nr 1/2022 pn. „Działamy razemyamach Konkursu PFRON nr 1/2020”***

**Imię i nazwisko asystenta** ……..………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko BO** ………………………………………………………………………………………….

**Miesiąc/rok** …………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny**  **(od.. do..)** | **Liczba godzin** | **Zakres usług**  **(opis realizowanych zadań)** | **Potwierdzenie realizacji usługi** | | |
| **Pobrano opłatę za wykonanie usługi  w gotówce w kwocie:** | **Podpis asystenta** | **Podpis BO  (lub opiekuna prawnego)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Razem pobrane opłaty w miesiącu: ……………………..…. Razem ilość godzin w miesiącu :……………………..……….. podpis AOON ……………………