**Załącznik nr 5 do Specyfikacji**

**SPRAWOZDANIE**

**Z REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH ZA MIESIĄC ……………………20…… r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko podopiecznego** | **Ilość godzin zgodnie ze zleceniem-decyzją** | **Ilość godzin faktycznie zrealizowanych w danym miesiącu** | **Koszt 1 godziny świadczonych usług opiekuńczych**  | **Ogółem koszt zrealizowanych usług opiekuńczych** | **Termin nie świadczenia usług opiekuńczych** | **Powód-przyczyna nie świadczenia usług opiekuńczych w podanym terminie** | **Inne uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kwota dotacji do wykorzystania w miesiącu ………… w wysokości ……………..zł.

Kwota dotacji wykorzystanej w miesiącu ……………..w wysokości …………….. zł

Kwota nie wykorzystanej dotacji w miesiącu ………………w wysokości …………….zł

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis Wykonawcy / Wykonawcówlub osoby upoważnionej)*