……………………………………………. *Załącznik nr 2 do umowy nr ………..*

Pieczęć Wykonawcy

**Szczegółowe rozliczenie usług**

**Za wykonanie specjalistyczny usług opiekuńczych w miesiącu ………………………………………….. 2023r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług | Nazwisko i imię opiekuna wymienionego w decyzji administracyjnej | Adres zamieszkania | Nr decyzji administracyjnej | Liczba godzin usług przyznanych decyzją administracyjną | Liczba godzin usług faktycznie wykonanych | Wskaźnik odpłatności/wartość usługi w miesiącu  (Wypełnia OPS)  % / zł | | Odpłatność (Wypełnia OPS) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |  |  |

…………………………………………. …………………………………………………………………………..

Data i Podpis Wykonawcy Podpis osoby upoważnionej lub Kierownika OPS