……………………………………………. *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