



Załącznik nr 1 do Umowy – porozumienia trójstronnego

**DZIENNIK USŁUG OPIEKUŃCZYCH**  
dla Uczestniczki/ka Projektu

dotyczy:

**Zadania nr 2 – Organizacja usług sąsiedzkich w Gminie Dynów**realizowanego w ramach projektu grantowego pt. „**Organizacja usług sąsiedzkich na obszarze LGD Pogórze Przemysko-Dynowskie, wsparcie dla osób 60+ z Miasta i Gminy Dubiecko oraz gmin miejskiej i wiejskiej Dynów**”,

w ramach wdrażania Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego Przez Społeczność na lata 2023-2029 Lokalnej Grupy Działania „Pogórze Przemysko-Dynowskie”, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021–2027, Priorytet FEPK.08 Rozwój Lokalny Kierowany Przez Społeczność, Działanie FEPK.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, nr FEPK.08.05-IZ.00-0004/25

<b>I. Dane osoby, której przyznane zostały sąsiedzkie usługi opiekuńcze:</b>		
1.	Imię i Nazwisko	
2.	PESEL	
3.	Adres zamieszkania	
4.	Telefon	
<b>II. Dane osoby świadczącej sąsiedzkie usługi opiekuńcze (Wykonawcy):</b>		
1.	Imię i Nazwisko	
2.	PESEL	
3.	Adres zamieszkania	
4.	Telefon	
<b>III. Informacje dotyczące realizowanych usług sąsiedzkich:</b>		
1.	Sąsiedzka usługa opiekuńcza przyznana w wymiarze godzin miesięcznie	40
2.	Sąsiedzka usługa opiekuńcza przyznana na okres:	od ..... 06.2026 r. do ..... 11.2027 r.

**EWIDENCJA WYKONANIA ZLECONYCH CZYNNOŚCI  
SĄSIEDZKICH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

miesiąc ..... 202... r.

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi opiekuńcze: .....

Imię i nazwisko osoby objętej pomocą (Uczestnika): .....

Miejsce świadczenia usług: .....

Lp.	Data usługi	Godzina od - do	Liczba godzin	Rodzaj wykonanej usługi/czynności	Podpis Uczestnika <sup>1</sup>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Oświadczam, że w danym miesiącu łącznie zrealizowano ..... godz. zegarowych sąsiedzkich usług opiekuńczych.

.....  
Data i podpis osoby świadczącej  
usługi sąsiedzkie (Wykonawcy).....  
Data i podpis osoby zatwierdzającej  
(Realizatora Projektu)<sup>1</sup> Opiekuna faktycznego/prawnego, jeśli taka konieczność wynika ze stanu zdrowia Uczestnika