Załącznik nr 3
do procedur realizacji
pilotażowego programu
„Rehabilitacja 25 plus”

.....

(pieczęć Realizatora – o ile dotyczy)

Ewidencja wsparcia[1]

stan na dzień ..... r.

Na podstawie umowy (należy wpisać właściwe) nr ..... z dnia ..... r.

Dotyczy roku szkolnego (należy wpisać właściwe) 20..... /20 .....

Oświadczam/y, że w ramach realizacji pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus” w miesiącu (należy wpisać właściwe) **.....** świadczone zostało następujące wsparcie:

I. Dziennik wsparcia otrzymanego przez beneficjentów programu „Rehabilitacja 25 plus”

1. Dziennik wsparcia z dnia: .....

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Wsparcie 1 - nazwa	Czas	Wsparcie 2 - nazwa	Czas	Wsparcie 3 - nazwa	Czas	Wsparcie 4 - nazwa	Czas	Wsparcie 5 - nazwa	Czas	Łączna liczba godzin wsparcia
1.													

[1] Należy prowadzić zbiorczo dla każdego miesiąca realizacji programu, w którym udzielane było wsparcie i przechowywać w siedzibie Realizatora.

Ewidencja wsparcia świadczonego w ramach pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Wsparcie 1 - nazwa	Czas	Wsparcie 2 - nazwa	Czas	Wsparcie 3 - nazwa	Czas	Wsparcie 4 - nazwa	Czas	Wsparcie 5 - nazwa	Czas	Łączna liczba godzin wsparcia
2.													
(…)													

2. Dziennik wsparcia z dnia: .....

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Wsparcie 1 - nazwa	Czas	Wsparcie 2 - nazwa	Czas	Wsparcie 3 - nazwa	Czas	Wsparcie 4 - nazwa	Czas	Wsparcie 5 - nazwa	Czas	Łączna liczba godzin wsparcia
1.													
2.													
(…)													

3. Dziennik wsparcia z dnia: .....

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Wsparcie 1 - nazwa	Czas	Wsparcie 2 - nazwa	Czas	Wsparcie 3 - nazwa	Czas	Wsparcie 4 - nazwa	Czas	Wsparcie 5 - nazwa	Czas	Łączna liczba godzin wsparcia
1.													
2.													

Ewidencja wsparcia świadczonego w ramach pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Wsparcie 1 - nazwa	Czas	Wsparcie 2 - nazwa	Czas	Wsparcie 3 - nazwa	Czas	Wsparcie 4 - nazwa	Czas	Wsparcie 5 - nazwa	Czas	Łączna liczba godzin wsparcia
(…)													

(…) Dziennik wsparcia z dnia: .....

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Wsparcie 1 - nazwa	Czas	Wsparcie 2 - nazwa	Czas	Wsparcie 3 - nazwa	Czas	Wsparcie 4 - nazwa	Czas	Wsparcie 5 - nazwa	Czas	Łączna liczba godzin wsparcia
1.													
2.													
(…)													

II. Miesięczne zestawienie wsparcia otrzymanego przez beneficjentów programu

Miesiąc realizacji programu[2]	Lp.	Imię i nazwisko beneficjenta programu	PESEL	Liczba godzin wsparcia
np. wrzesień 20… r.	1.1.			

[2] Niniejsze zestawienie stanowi podstawę rozliczenia środków programu i powinno być przygotowane dla każdego miesiąca realizacji programu z uwzględnieniem każdego beneficjenta programu korzystającego z programu w danym miesiącu i liczby godzin udzielonego mu wsparcia.

Ewidencja wsparcia świadczonego w ramach pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”

Miesiąc realizacji programu[2]	**Lp.**	**Imię i nazwisko beneficjenta programu**	**PESEL**	**Liczba godzin wsparcia**
np. wrzesień 20… r.	1.2.			
np. wrzesień 20… r.	1.3.			
np. wrzesień 20… r.	(…)			
(…)	1.1.			
(…)	1.2.			
(…)	1.3.			
(…)	(…)			

Osoba wskazana do kontaktu w sprawie informacji (imię, nazwisko, dane kontaktowe): .....

Dane (imię, nazwisko) oraz podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu adresata pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”:

.....

.....