Załącznik nr 2 do umowy

MIESIĘCZNA KARTA OPISU CZYNNOŚCI ASYSTENTA RODZINY

Asystent rodziny (Imię i nazwisko) ……

Rodzina objęta wsparciem:

……

(Imię i nazwisko Beneficjenta, adres zamieszkania, ilość członków rodziny)

Data	Godziny pracy (od-do)	Liczba godzin	Czynności wykonywane przez członka rodziny podczas wizyty asystenta rodziny

WSPÓLNA SPRAWA

Partnerski projekt systemowy ośrodków pomocy społecznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Mircu, Kunowie, Bałtowie, Ćmielowie, Lipniku oraz Agencji Rozwoju Lokalnego Sp. z o.o. w Ostrowcu Świętokrzyskim.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

ŚBRR
ŚWIĘTOKRZYSKIE BIURO ROZWOJU REGIONALNEGO

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY

	Liczba godzin ogółem w miesiącu		

…….. ……

Data i podpis asystenta rodziny

Data i podpis upoważnionego pracownika
MOPS Ostrowiec