

**KARTA REALIZACJI
ZADAŃ ASYSTENTA OSOBY STARSZEJ I NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Imię i nazwisko odbiorcy usługi

Termin realizacji usługi		Opis zrealizowanych zadań	Potwierdzenie wykonania usługi	
data	godzina		Podpis Asystenta	Podpis Beneficjenta lub opiekuna prawnego

Usługi asystenckie podlegają kontroli w formie losowej, telefonicznej ankiety przeprowadzonej przez pracownika Urzędu Miasta Ostrów Mazowiecka