Załącznik nr 2 do umowy z dnia ……………………

(pieczęć Wykonawcy)

**SZCZEGÓŁOWE ROZLICZENIE USŁUG**

**za wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**w miesiącu …………………. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby korzystającej z usług | Nazwisko i imię przedstawiciela/opiekuna wymienionego w decyzji administracyjnej | Adres zamieszkania | Nr decyzji administracyjnej  (zgodny z załącznikiem, nr 3) | Liczba godzin usług w miesiącu przyznanych decyzją administracyjną  (zgodna z załącznikiem, nr 3) | Liczba godzin usług faktycznie wykonanych w miesiącu | Wskaźnik odpłatności/wartość  usługi w miesiącu  (wypełnia GOPS) | | Odpłatność kwota  (wypełnia GOPS) |
| % | zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………..

………………………………………..

Podpis Wykonawcy