

WZÓR

Załącznik nr 1a do Umowy RWZK Nr ..... z dnia .....

**WYKAZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH, KTÓRE SKORZYSTAŁY ZE SCHRONIENIA W MIESIĄCU.....**

Lp	Imię i nazwisko	MIESIĄC:..... (..... DNI) ROK: .....																															Liczba wykorzystanych osobodni	Numer decyzji administracyjnych		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1																																			0	
2																																			0	
3																																			0	
4																																			0	
5																																			0	
6																																			0	
7																																			0	
8																																			0	
9																																			0	
10																																			0	
11																																			0	
12																																			0	
Liczba		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

UWAGA: Powyższe informacje stanowią podstawę do naliczenia transzy w miesiącu następnym

Wysokość dotacji otrzymanej w miesiącu ..... wynosiła: .....zł.

Kwota nie wykorzystana w poprzednim miesiącu..... wynosiła: .....zł.

Wysokość dotacji wykorzystanej w miesiącu..... wynosiła: .....zł.

(liczba wykorzystanych osobodni x koszt osobodnia)

Nie wykorzystano: ..... zł.

sporządził:.....

telefon kontaktowy:.....

podpis i pieczęć Zleceniobiorcy