



Załącznik nr 3

Formularz Wsparcia

dotyczący projektu pn. Świt- Środowiskowe Wsparcie Integracja Terapia- usługi społeczne dla mieszkańców Gminy Swarzędz na lata 2023-2026
Nr FEWP.06.13-IZ.00-0087/23-00

| Dane uczestnika | | |
|-------------------------------|--|--------------------------|
| Imię | | |
| Nazwisko | | |
| PESEL | | |
| Obszar wsparcia | Zadanie 1. Dzienny Dom Pomocy | |
| | Zadanie 2. Mieszkanie treningowe | |
| | Zadanie 3. Mobilny Zespół Wsparcia Środowiskowego: | |
| | - logopeda | |
| | - psycholog | |
| | - rehabilitant/fizjoterapeuta | |
| - opiekun(usługi opiekuńcze) | | |
| Rodzaj udzielonego wsparcia | | |
| Nazwa wsparcia | Data rozpoczęcia udziału | Data zakończenia udziału |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

.....

Podpis pracownika CUS Swarzędz