Załącznik Nr 5 do Załącznika Nr 1

…………………………………………..

(pieczęć Zleceniobiorcy)

**ROZLICZENIE KOSZTÓW REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ  
w ramach Programu "Opieka wytchnieniowa" - edycja 2023   
w okresie od …………………….. do ……………………..**dzień/miesiąc/rok dzień/miesiąc/rok

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | Liczba  osób niepełnosprawnych, którym świadczono usługi | Ilość godzin faktycznie zrealizowanych  usług | Koszt jednostkowy  1 godziny usług  (zł) | Ogółem  koszt zrealizowanych usług opieki wytchnieniowej  (zł)  (kol. 4 x kol. 5) | Uwagi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| I. | Dane za okres sprawozdawczy |  |  |  |  |  |
| II. | Dane narastająco |  |  |  |  |  |

Kwota **otrzymanej** ............ transzy dotacji w wysokości ……………................. zł

Kwota **wykorzystanej** ........... transzy dotacji w wysokości ………….............… zł

Kwota **niewykorzystanej** części środków .......... transzy dotacji w wysokości …..............………... zł

**do wykorzystania** zgodnie z umową, w okresie dalszej realizacji usług opieki wytchnieniowej.

............................. .................................................................................

(miejscowość data) (podpis osoby upoważnionej przez Zleceniobiorcę)