Harmonogram udzielania wsparcia

Listopad 2026

Nazwa Beneficjenta: **Powiat Choszczeński**
Działanie: **6.18 Rozwój usług społecznych, w tym świadczonych w społeczności lokalnej typ 1-2**
Numer projektu: **FEPZ.06.18-IP.01-0037/24**
Tytuł projektu: **Nie jesteś sam!**

Oraz inne rodzaje wsparcia

Lp.	Nazwa udzielonego wsparcia	Miejsce (dokładny adres ze wskazaniem nr Sali)	Data odbywania danego wsparcia	Godziny, w których przeprowadzane jest dane wsparcie	Imiona i nazwiska uczestników projektu, biorących udział w danym wsparciu*	Uwagi
1.	Usługi opiekuńcze/asystenckie	Miejsce zamieszkania uczestników	w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników	w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników	-	-
2.	Usługi transportowe door-to-door	Miejsce zamieszkania uczestników	w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników	w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników		
3.	Usługi teleopieki	Miejsce zamieszkania uczestników	w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników	w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników		

* W przypadku publikacji harmonogramu udzielania wsparcia na stronie internetowej projektu, nie należy wpisywać danych uczestników projektu, prowadzącego szkolenie oraz opiekuna stażu.

/-/ Aleksandra Ragańska
Koordynator projektu
……..……
Podpis osoby sporządzające