

.....  
Dane ośrodka zapewniającego  
zakwaterowanie/Piecztka nagłówkowa  
(firmowa)

nazwa podmiotu:

adres email podmiotu:  
(do kontaktu)

Zestawienie za okres: od ..... do .....

| osoby sprawujące opiekę nad osobami niepełnosprawnymi (art. 12 ust. 17d pkt.1) |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
|--|-----------------|----------------|--|-------|----------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|--|
| Lp.  | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Nr paszportu / innego dokumentu tożsamości | O/NO* | nr PESEL | data pierwszego przekroczenia RP | Okres pobytu (data od - do) | ilość osobodni | Stawka za osobodzień ** | Kontynuacja pobytu z poprzedniego okresu TAK/NIE |
| 1  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 2  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 3  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 4  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 5  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 6  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 7  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 8  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 9  |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
| 10   |                 |                |  |       |          |                                  |                             |                |                         |  |
|  |                 |                |  |       |          |                                  |                             | Suma osobodni  | 0                       |  |

Przedkładam:

1)..... szt. kopii strony paszportu potwierdzającej pierwsze przekroczenie granicy RP lub kopii innego dokumentu równoważnego,

2) ..... szt. kopii zaświadczenia o wydaniu nr PESEL wraz z potwierdzeniem statusu UKR,

3) ..... szt. oświadczeń o sprawowaniu opieki nad osobą niepełnosprawną,  
potwierdzających dane przedstawione w powyższym zestawieniu.

W przypadku kontynuacji pobytu wykazanego we wcześniejszym okresie nie jest konieczne powtórne dołączenie powyższych dokumentów

Oświadczam, że:

1) dane podane w zestawieniu są zgodne ze stanem faktycznym i udokumentowaną ewidencją osób prowadzoną w miejscu zakwaterowania,

2) kopie załączone do zestawienia są zgodne z okazanymi do wglądu oryginałami dokumentów przez zakwaterowane osoby,

3) za osoby przyjęte do zakwaterowania na wskazany okres podmiot nie otrzymał już wynagrodzenia,

4) w ramach stawki za osobodzień zapewniono:

- miejsca noclegowe,

- dostęp do sanitariatów,

- środki higieny osobistej,

- wyżywienie w postaci minimum 3 posiłków dziennie względnie śniadania i ciepłej obiadokolacji,

- dostęp do napojów - minimum do wody pitnej.

\* prośba o wskazanie, czy osoba:

.- jest obywatelem Ukrainy znacznik O

.- nie jest obywatelem Ukrainy znacznik NO

\*\* ustalona wcześniej stawka za osobodzień obowiązująca w danym ośrodku zakwaterowania

.....  
Data i Podpis osoby uprawnionej