**Załącznik nr 1 do Umowy trójstronnej dot. usługrehabilitacji w ramach projektu dofinansowanego z Funduszy Europejskich pn. „Gmina Choceń wspiera niesamodzielnych” z dnia…………………………………………**

1. Zalecany zakres wsparcia dla Uczestnika Projektu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Specjalistyczne usługi rehabilitacji świadczone w miejscu zamieszkania:** | **Zaznaczyć**  **X** |
| 1. rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.):  * zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii * współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno - terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych |  |
| 1. inne (jakie?) ………………….…………………………..…………………………………………………………………..… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |

1. Miejsce świadczenia usług *(adres Uczestnika Projektu)*: …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wymiar świadczenia usług rehabilitacji - średnio ……………. godzin tygodniowo/miesięcznie1

Preferowane dni tygodnia świadczenia usług rehabilitacji2: …………….…………………….…………… ………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

Preferowane godzin świadczenia usług2 *(wpisać zakres godzin lub porę dnia np. 12:00-14:00, lub godz. dopołudniowe, godz. popołudniowe)*…………………………… ……………………………………….

Termin rozpoczęcia świadczenia usługi: ……………………………………………………………………………….

Termin zakończenia świadczenia usługi: dzień zakończenia realizacji projektu, tj. 31 październik 2022 roku.