

Załącznik nr 1

**Kwartalny harmonogram  
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

<b>Nazwa Beneficjenta</b>	Gmina Ostrowiec Świętokrzyski/ Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim
<b>Nr umowy</b>	FESW.09.04-IZ.00-0070/24
<b>Tytuł projektu</b>	Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim
<b>Wykonawca</b>	Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim Anna Kwapisz - psycholog
<b>Forma wsparcia</b>	Grupa wsparcia dla rodziców/opiekunów dzieci niepełnosprawnych
<b>Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)</b>	Dom Sąsiedzki w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Kuźnia 28, pokój 3

**INFORMACJE OGÓLNE**

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od ... do ...)*	Liczba godzin*	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
12.02.2026 r.	9:00-13:00	4	6	Anna Kwapisz
26.02.2026 r.	9:00-13:00	4	6	Anna Kwapisz
Razem liczba godzin: 8				

\*zadaniowy czas pracy zgodnie z Regulaminem Wynagradzania Pracowników CUS

19.01.2026 r. Anna Kwapisz  
Data i podpis osoby sporządzającej