

Załącznik nr 1

**Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia**

| | |
|--|---|
| Nazwa Beneficjenta | Gmina Ostrowiec Świętokrzyski/ Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim |
| Nr umowy | FESW.09.04-IZ.00-0070/24 |
| Tytuł projektu | Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Ostrowcu Świętokrzyskim |
| Wykonawca | Fundacja „Skrzydła Opieki”. Specjalista: Interwent kryzysowy |
| Forma wsparcia | Wsparcie specjalistyczne dla dorosłych, w tym wsparcie: Interwent kryzysowy (poz. 3.5) |
| Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali) | Praca w środowisku |

INFORMACJE OGÓLNE

| Data realizacji wsparcia | Godziny / miejsce realizacji wsparcia (od ... do ...) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
|--------------------------|---|---------------|------------------------------|------------------------------|
| 08.06.2026 | 09:00 – 11:00 | 2 | 50 | Alina Adamska |
| 22.06.2026 | 09:00 – 11:00 | 2 | | Alina Adamska |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

01.06.2026 r. *Tomasz Mazur Fundacja Skrzydła Opieki*
Data i podpis osoby sporządzającej