**POROČILO**

**o opravljenih podpornih storitvah**

**I. Opravljene podporne storitve za mesec/leto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek upravičenca do podpornih storitev: |  |
| Delodajalec upravičenca: |  |
| Delovno mesto upravičenca: |  |

**II. Mesečno število ur podpornih storitev je izvedeno v skladu z individualnim načrtom podpore.**

**Skupno ur, cena ure EUR. Skupaj znesek .**

**III. Izjavljamo, da so vsi podatki, navedeni v poročilu, resnični, točni in popolni.**

**IV. Podpis in soglasja vseh udeležencev:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ime in priimek: | Podpis: | Datum: |
| Invalid – upravičenec do podpornih storitev: |  |  |  |
| Odgovorna oseba delodajalca: |  |  |  |
| Izvajalec podpornih storitev: |  |  |  |

 Žig vlagatelja

 (ali opomba, da posluje brez žiga)