|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer kolejnego****stanowiska asystenta rodziny** | **Koszt zadania w ramach Programu** | **Wymiar czasu pracy asystenta rodziny w przeliczeniu na etat**(*proszę wpisać w postaci liczby dziesiętnej w przypadku niepełnego wymiaru czasu pracy)* | **Okres zatrudnienia asystenta rodziny w miesiącach***(proszę podać liczbę miesięcy)* | **Planowana liczba rodzin****objętych wsparciem asystenta** | **Forma zatrudnienia**(proszę wpisać: umowa o prace lub umowa zlecenie) | **uwagi** |
| **Ogółem**(suma kolumn 3 i 5) | dotacja w ramach rezerwy celowej budżetu państwa | **Wkład własny** | Ogółem | Liczba dzieci w rodzinach objętych wsparciem asystenta | Liczba rodzin którym udzielili porad dla kobiet i rodzin w ramach programu ,,Za życiem” | W tym liczba rodzin z kobieta, która jest w zagrożonej ciąży |
| kwota | % | kwota | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ogółem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* należy wypełnić w przypadku przyjęcia dotacji

\*\* należy podliczyć wiersz ogółem w przypadku zatrudnienia więcej niż jednego asystenta rodziny