**SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PROGRAMU DZIAŁAŃ NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZA ROK 2021**

**Nazwa jednostki: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

**Adres:59-970 Zawidów, Pl. Zwycięstwa 21/22**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa działania** | **Termin przeprowadzenia** | **Ilość uczestników** (jeśli jest możliwe z podziałem na wiek, płeć, ew. inne np. ofiara, sprawca, rodzic, uczeń, niepełnosprawny itp. – w zależności od działania) | **Krótki opis działania** (forma pracy, przebieg, źródła finansowania, partnerzy itp. jeśli jest opis w Banku Dobrych Praktyk wystarczy wpisać, że jest załącznik) |
| Wypłata zasiłków stałych, świadczeń pielęgnacyjnych | Cały rok | Wszyscy zainteresowani | Sfinansowano ze środków budżetu państwa |
| Praca socjalna | Cały rok | Osoby zainteresowane |  |
| Program operacyjny – Pomoc żywnościowa | Cały rok | 11 osób | Partner - Caritas |