

Opiekun/ka:miesiąc <i>(Imię i nazwisko osoby realizującej usługi)</i>					Rozliczenie wykonania specjalistycznych usług opiekuńczych				
					Wizyty pracownika socjalnego				
					Data i podpis		Uwagi, informacja o osobie upoważnionej do potwierdzania realizacji usług na Karcie		
Usługobiorca: <i>(Imię i nazwisko osoby objętej pomocą)</i>									
Zam.									
godz. wg zlecenia									
Dzień tygodnia	Data	Liczba godzin	w godzinach do....	Podpis osoby objętej pomocą lub osoby upoważnionej	Dzień tygodnia	Data	Liczba godzin	w godzinach do....	Podpis osoby objętej pomocą lub osoby upoważnionej
poniedziałek					sobota				
wtorek					niedziela				
środa					poniedziałek				
czwartek					wtorek				
piątek					środa				
sobota					czwartek				
niedziela					piątek				
poniedziałek					sobota				
wtorek					niedziela				
środa					poniedziałek				
czwartek					wtorek				
piątek					środa				
sobota					czwartek				
niedziela					piątek				
poniedziałek					sobota				
wtorek					niedziela				
środa					razem	dni pracujące		godziny.....	Podpis Zleceniobiorcy
czwartek					razem	niedziele i święta		godziny.....	
piątek					Razem: dni godziny				
Data i podpis		Akceptacja wykonania usług, uwagi i wnioski Zleceniodawcy							