

Karta usług opiekuńczych

Opiekun/ka: miesiąc (Imię i nazwisko osoby realizującej usługi)					Rozliczenie wykonania specjalistycznych usług opiekuńczych				
Usługobiorca: (Imię i nazwisko osoby objętej pomocą)					Wizyty pracownika socjalnego				
					Data i podpis		Uwagi, informacja o osobie upoważnionej do potwierdzania realizacji usług na Karcie		
					Zam.				
godz. wg zlecenia									
Dzień tygodnia	Data	Liczba godzin	w godzinach od do....	Podpis osoby objętej pomocą lub osoby upoważnionej	Dzień tygodnia	Data	Liczba godzin	w godzinach od 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							