

**Karta pracy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

**KARTA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Miesiąc ..... 2021

.....  
(nazwisko i imię osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze)

Nazwisko i imię osoby objętej pomocą: .....

Miejsce świadczenia usług: .....

Wykonywanie usług opiekuńczych: **od .....2021 r. do .....2021 r.**

L.p.	Data	Godziny		Liczba godzin	Opis wykonywanych zadań	Podpis (potwierdzenie osoby upoważnionej)
		od	do			
1	2	3		4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

28						
29						
30						
31						
<b>ROZLICZENIE WYKONANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH</b>					<b>Razem zrealizowane godziny:</b>	
<b>DATA</b>	<b>SPRAWDZAJĄCEJ</b>		<b>AKCEPTACJA WYKONANIA, UWAGI I WNIOSKI</b>			