

Harmonogram pracy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami

Harmonogram pracy 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: od2021 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 | | | | | | |
| ROZLICZENIE WYKONANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH | | | | | Razem zrealizowane godziny: | |
| DATA | SPRAWDZAJĄCEJ | | | AKCEPTACJA WYKONANIA, UWAGI I WNIOSKI | | |
| | | | | | | |