

Harmonogram pracy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Harmonogram pracy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
miesiąc:

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

Nazwisko i imię osoby objętej pomocą:

Miejsce świadczenia usług:

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

| L.p. | Data | Godziny | Liczba godzin | Opis wykonywanych zadań | Podpis (potwierzenie osoby upoważnionej) |
|---|----------------------------|---------|---------------------------------------|-------------------------|--|
| 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 | |
| DATA | PODPIS OSOBY SPRAWDZAJĄCEJ | | AKCEPTACJA WYKONANIA, UWAGI I WNIOSKI | | |
| | | | | | |