

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

Karta 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 ..... r.

L.p.	Data	Godziny	Liczba godzin	Opis wykonywanych zadań	Podpis (potwierdzenie 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 godziny:	
DATA	PODPIS OSOBY SPRAWDZAJĄCEJ	AKCEPTACJA WYKONANIA, UWAGI I WNIOSKI			