

**Karta realizacji usług opiekuńczych
u osób, którym decyzją administracyjną przyznano usługi**

Pana/-i/

zam.

Usługi opiekuńcze świadczone w dni powszednie od poniedziałku do piątku

Lp.	Data wykonania usługi	Czas pracy opiekunki	Podpis odbiorcy usługi/ osoby upoważnionej	Podpis osoby wykonującej usługę
		od godz. - do godz.		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Łączna liczba godzin	
-----------------------------	--

**Usługi opiekuńcze świadczone
w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy**

Lp.	Data wykonania usługi	Czas pracy opiekunki	Podpis odbiorcy usługi/ osoby upoważnionej	Podpis osoby wykonującej usługę
		od godz. - do godz.		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
Łączna liczba godzin				

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej
ze strony Centrum Usług Społecznych

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej
ze strony Realizatora