**Karta realizacji usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych**

Pieczęć wykonawcy

**w ramach realizacji zadania „Realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych MOPS w Strumieniu”**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: Numer telefonu:

Adres Świadczeniobiorcy: Numer decyzji:

Wykonanie usług w zakresie:

1………………………………………………….. ilość godzin………………………….

2. ………………………………………………… ilość godzin………………………….

3. …………………………………………………ilość godzin………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Godziny od-do** | **Ilość godzin** | **Posiłek** | **Podpis świadczeniobiorcy** | **Podpis osoby świadczącej usługę** | **Uwagi** |
| **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 |  |  |  |  |  |  |