Karta realizacji usług całodobowa opieka wytchnieniowa świadczona w ramach realizacji zadania „Świadczenie usług społecznych dla mieszkańców gminy Strumień w ramach lokalnego planu deinstytucjonalizacji usług społecznych”

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy: Numer telefonu:

Adres Świadczeniobiorcy: Numer decyzji:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień | Godziny od-do | Ilość godzin | Podpis świadczeniobiorcy | Podpis osoby świadczącej usługę | Uwagi(wykonywane czynności usługoweInformacje o zmianie harmonogramu z podaniem jej przyczyny) |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |