Karta realizacji wyżywienia (min. 3 posiłki dziennie w tym jeden gorący) w ramach całodobowej opieki wytchnieniowej świadczonej
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:

Zlecona dieta: …………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień(data) | Posiłek | Godzina | 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |