

Wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

**KARTA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**  
Miesiąc .... / 2019

*(nazwisko i imię osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze)*

Nazwisko i imię osoby objętej pomocą: .....

Miejsce świadczenia usług: .....

Wykonywanie usług opiekuńczych: .....

Data	Symbol dnia tyg.	Liczba godzin	Podpis (potwierdzenie osoby upoważnionej)	Data	Symbol dnia tyg.	Liczba godzin	Podpis (potwierdzenie osob' upoważnionej)
<b>ROZLICZENIE WYKONANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH</b>				<b>Razem zrealizowane godziny</b>			
<b>DATA</b>	<b>PODPIS OSOBY SPRAWDZAJĄCEJ</b>		<b>AKCEPTACJA WYKONANIA, UWAGI I WNIOSKI</b>				

