Załącznik Nr 1 do

Umowy nr ………………………

 z dnia …….………. 2018 r.

…………………………………………..

pieczęć podmiotu wykonującego usługę

**KARTA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

**Miesiąc: ………………………**

**……………………………………………………………**

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

**Nazwisko i imię osoby objętej pomocą: ……………………..……………………………..
Łączna miesięczna liczba godzin wykonania usługi: ……………..………………………..**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Wykonane czynności** | **Liczba godzin** | **Podpis terapeuty** | **Podpis osoby upoważnionej (opiekuna prawnego)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |