……………………………..

Kontrasygnata

Załącznik nr 1 do umowy z dnia…………

(pieczęć Wykonawcy)

**KARTA PRACY**

realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

świadczonych w miesiącu ……………………………. r.

Imię i nazwisko specjalisty………………………………………………..……………….

Realizacja usług w zakresie: ……………………………………………………………..

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy ……………………………………………………….

Adres świadczeniobiorcy …………………………………………………………………..

……………………………………… godzin miesięcznie (wymiar godzin usług)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Data  usługi | Godziny  usługi  od….….  do …….. | Ilość  godzin | Podpis  świadczeniobiorcy  lub opiekuna  prawnego | Podpis  specjalisty  realizującego  usługi | Podpis pracownika  GOPS  sprawdzającego  zgodność |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

Podpis osoby zatwierdzające