……………………………..

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 | Datausługi | Godzinyusługiod….….do …….. | Ilośćgodzin | Podpisświadczeniobiorcylub opiekunaprawnego | Podpisspecjalistyrealizującegousługi | Podpis pracownikaGOPSsprawdzającegozgodność |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Dąbrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

Podpis osoby zatwierdzające