

.....
(imię i nazwisko podopiecznego)

.....
(adres podopiecznego)

.....
(imię i nazwisko osoby świadczącej usługi)

Karta świadczonych usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych

.....
(nazwa miesiąca, rok)

Data usługi	Czas pracy od godz. do godz.	Ilość godzin	Podpis podopiecznego	Data usługi	Czas pracy od godz. do godz.	Ilość godzin	Podpis podopiecznego
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

Razem liczba godzin

Stwierdzam wykonanie usług domowych

.....
(podpis Kierownika GOPS)