

.....  
(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)