Załącznik nr 2
Do umowy NR ../SUOzP/2019
z dnia ....

Wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

KARTA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI
Miesiąc ..../ 2019

(nazwisko i imię osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze)

Nazwisko i imię osoby objętej pomocą: .....

Miejsce świadczenia usług: .....

Wykonywanie usług opiekuńczych: .....

Data	Symbol dnia tyg.	Liczba godzin	Podpis (potwierdzenie osoby upoważnionej)	Data	Symbol dnia tyg.	Liczba godzin	Podpis (potwierdzenie osoby upoważnionej)
ROZLICZENIE WYKONANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH				Razem zrealizowane godziny			

DATA	PODPIS OSOBY SPRAWDZAJĄCEJ	AKCEPTACJA WYKONANIA, UWAGI I WNIOSKI