Załącznik nr 1 do Umowy ………..

*WZÓR*

**Karta realizacji usług opiekuna w ramach** **realizacji usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania podopiecznych MOPS w Strumieniu**

Karta realizacji usług opiekuna....................

Imię i nazwisko uczestnika: ………………………………………………………………...…………………

Adres uczestnika: ………………………………...……………………………………………………………

Rozliczenie miesięczne wykonania usług asystenta w okresie od ………………….…… do ……….……………….….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data usługi** | **Liczba godzin zrealizowanych** | **Rodzaj usługi\*** | **Czytelny podpis opiekuna** | **PODPIS uczestnika - podopiecznego potwierdzający prawidłową realizację usług** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin usług opiekuna w miesiącu …….……… 2022 r. wyniosła ………. godzin.

....................................................                                                                         ...................................................

podpis kierownika/koordynatora                                                                  podpis osoby świadczącej usługi