

Wykonawca, adres,
telefon

KARTA PRACY

.....
imię i nazwisko opiekunki

.....
imię i nazwisko, adres środowiska

Liczba godzin przyznanych decyzją:.....

Częstotliwość usług :...../ilość wejść tygodniowo
ustalone dni realizacji: **pon., wt., śr., czw., piąt.,** - *zakreślić właściwe*

Data	Godziny pracy od godz. - do godz.	Ilość przepracowanych godzin	Podpis podopiecznego potwierdzający prawidłowa realizację usług
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Miesiąc	
Suma godzin miesięcznego wykonania:	
Uwagi do wykonania usług:	

.....
podpis koordynatora

.....
podpis osoby świadczącej usługi