Załącznik nr 3 do SOPZ

………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**Miesięczna kontrolna karta realizacji usług**

…………………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko osoby świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze)

W środowisku domowym ………………………………………………………………………………...….....

(imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

zam. w Rzeszowie, ul. …………………………………………………………………….................................

Za okres 1…………………. 2026r. do ……………….... 2026r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dni miesiąca \*** | **Godziny**  **od - do** | **Ilość godzin** | **Podpis**  **Świadczeniobiorcy/ osoby upoważnionej** | **Podpis**  **Opiekunki/Terapeuty** | **Uwagi** |
| 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. |  |  |  |  |  |
| Razem godzin | |  | XXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX |

**\*Soboty, niedziele, święta, dni wolne od pracy wykreślić**

Stwierdzam wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych

Data ……................................................ **…………………………………………….**

(pieczątka i podpis osoby reprezentującej Wykonawcę)