Załącznik nr 1

**KARTA USŁUGI SPOŁECZNEJ**

**ZADANIE NR 8 -** **świadczenie usług opiekuńczych** **na rzecz osób uprawnionych, zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2025 poz. 1214   
z póżn.zm.) w miejscu ich zamieszkania, na terenie Gminy Bełżyce.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **osoby świadczącej usługi opiekuńcze** |  |
| **Imię i nazwisko**  **odbiorcy usług opiekuńczych** |  |
| **Wymiar przyznanych usług opiekuńczych** |  |
| **Miesiąc** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Data**  **realizacji usług** | **Liczba**  **godzin**  **(tylko usług zrealizowanych)** | **Czas świadczenia usług** | | **Podpis odbiorcy usług** | **Uwagi**  **(w tym przyczyny braku realizacji usługi)** |
| **od** | **do** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZNA LICZBA GODZIN USŁUG OPIEKUŃCZYCH ZREALIZOWANYCH W MIESIĄCU ………………….……** |  |
| **PODPIS OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKUŃCZE** |  |
| **ZATWIERDZAM**  (pieczęć i podpis Zleceniobiorcy) |  |