Załącznik nr 3 **KARTA CZASU PRACY**

**OPIEKUNKI DOMOWEJ CUS W SROKOWIE**

Nazwisko i imię osoby wobec, której sprawowana jest opieka .................................................................

 Adres ....................................................... ul. ...........................................................................................

Osoba sprawująca opiekę domową ………………………………………………………………………

za miesiąc/rok ……………………………………

Usługi opiekuńcze wykonywane na podstawie decyzji Nr ………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data usługi | Czas pracy | Podpis podopiecznego | Data usługi | Czas pracy | Podpis podopiecznego | Przeprowadzona kontrola |
| od – do godz. | Ilość godz. | od – do godz. | Ilość godz. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Razem w miesiącu godzin x zł = zł

*Słownie: …………………………………………………………………………………...*

Stwierdzam wykonanie usług opiekuńczych

 Zatwierdzam

……………………………… …………………………………

 Data i podpis prac. socjalnego Podpis Dyrektora CUS

lub

……………………………………………….

Data i podpis Koordynatora Indyw. Planów Usł. Społ.

Załącznik nr 3 **KARTA CZASU PRACY**

**OPIEKUNKI DOMOWEJ GOPS SROKOWO**

Nazwisko i imię osoby wobec, której sprawowana jest opieka .................................................................

 Adres ....................................................... ul. ...........................................................................................

Osoba sprawująca opiekę domową ………………………………………………………………………

za miesiąc/rok ……………………………………

Usługi opiekuńcze wykonywane na podstawie decyzji Nr ………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data usługi | Czas pracy | Podpis podopiecznego | Data usługi | Czas pracy | Podpis podopiecznego | Przeprowadzona kontrola |
| od – do godz. | Ilość godz. | od – do godz. | Ilość godz. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Razem w miesiącu godzin x zł = zł

*Słownie: …………………………………………………………………………………...*

Stwierdzam wykonanie usług opiekuńczych

 Zatwierdzam

……………………………… …………………………………

 Data i podpis prac. socjalnego Podpis Dyrektora CUS

lub

……………………………………………….

Data i podpis Koordynatora Indyw. Planów Usł. Społ.