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.

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.