





Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej


\*zaznaczyć właściwe



KARTA PODOPIECZNEGO KORZYSTAJĄCEGO  
Z POMOCY USŁUGOWEJ ZLECONEJ PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W KIELCACH

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia .....

Data rozpoczęcia usług .....

Rodzaj usług .....

Wymiar czasowy usług .....

Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej .....

.....

.....

Lekarz prowadzący .....

Kontakt z najbliższą rodziną .....

.....

.....

.....

Podpis osoby wypełniającej kartę:

.....



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

**KARTA KONTROLI WEWNĘTRZNEJ ŚRODOWISKA OBJĘTEGO POMOCĄ USŁUGOWĄ ZLECONĄ PRZEZ  
MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE  
W KIELCACH**

Data	<i>Opis kontroli</i>	<b>Podpis osoby kontrolującej</b>	<b>Podpis podopiecznego</b>



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

--	--	--	--



### MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE ODPLATNOŚCI I ILOŚCI GODZIN ŚWIADCZONYCH USŁUG

Miesiąc	Rodzaj usług	Ilość godzin w dni powszednie	Ilość godzin w soboty, niedziele, dni świąteczne i noce	Odpłatność ponoszona przez podopiecznego
Styczeń				
Luty				
Marzec				
Kwiecień				
Maj				
Czerwiec				
Lipiec				



<b>Sierpień</b>				
<b>Wrzesień</b>				
<b>Październik</b>				
<b>Listopad</b>				
<b>Grudzień</b>				