



KARTA PODOPIECZNEGO KORZYSTAJĄCEGO
Z OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ 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 OPIEKĄ WYTCHEMIENIOWĄ ZLECONĄ
PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W KIELCACH**

| Data | <i>Opis kontroli</i> | Podpis osoby kontrolującej | Podpis podopiecznego |
|------|----------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | | | |



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|



MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE ILOŚCI GODZIN OPIEKI WYTCHEŃNIOWEJ

Imię i nazwisko podopiecznego

Adres

Rodzaj świadczonych usług

| Miesiąc | Rodzaj usług | Ilość godzin w dni powszednie | Ilość godzin w soboty, niedziele, dni świąteczne i noce |
|-------------|--------------|----------------------------------|---|
| Wrzesień | | | |
| Październik | | | |
| Listopad | | | |
| Grudzień | | | |