

*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:

.....

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

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

--	--	--	--

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				
Sierpień				

Wrzesień				
Październik				
Listopad				
Grudzień				