Załącznik Nr 1
do uchwały Nr IX/81/15
Rady Gminy Dygowo
z dnia 25 listopada 2015 r.

……
(pieczątka GOPS)

Dygowo, dnia .....

KARTA PRACY NR ……..

Opiekunka……

w domu świadczeniobiorcy Pana/i/ …..…….……

zam……..

w dniach od …… do ……

Data	Godziny pracy	Podpis świadczeniobiorcy	Data	Godziny pracy	Podpis świadczeniobiorcy

Potwierdzam wykonanie usług opiekuńczych w ww. dniach i godzinach zgodnie z decyzją administracyjną.

…….. …… ……..
(miejscowość, data) (podpis świadczeniobiorcy) (podpis opiekunki)

Rozliczenie za usługi opiekuńcze za okres ……..:

Liczba dni świadczonych usług - ……. liczba godzin świadczonych usług - ……
Koszt 1 godz. - …….. % odpłatności - ……...

…….
(data i podpis rozliczającego)