Załącznik Nr 2 do umowy

……………………………………….

Pieczęć Podmiotu realizującego usługi

Formularz wykonania usług za mc …………………….2018 r.

**Specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – zadania zlecone**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię osoby objętej usługami** | **Adres osoby objętej usługami** | **Godziny zlecone** | | | | | | **Godziny wykonane** | | | | | |
| **robocze** | | **wolne** | | **Razem**  **(Kol 4+5)** | | **robocze** | | **wolne** | | **Razem**  **(Kol 7+8)** | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | | **6** | | **7** | | **8** | | **8** | |
| **o** | **s** | **o** | **s** | **o** | **s** | **o** | **s** | **o** | **s** | **o** | **s** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sporządził: ……………………………………….

Data i podpis osoby upoważnionej

**Legenda do kolumn 4-9**

- usługi opiekuńcze świadczone przez opiekunkę, specjalistyczną opiekunkę

- specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi wykonywane przez specjalistów