



*zaznaczyć właściwe



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 WYTCHEMIOWEJ

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			