**KARTA RAPORTU DZIENNEGO ZAKRESU WYKONANYCH CZYNNOŚCI.**

**„Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej, w formie pobytu całodobowego**

**w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ,,Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020.**

Imię i nazwisko uczestnika:

Okres pobytu przyznany: **od dnia …………….………………….r. do dnia …………………….……...**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data sporządzenia wpisu** | **Godzina realizacji** | **Rodzaj i zakres świadczonej pomocy** | **Uwagi** | **Imię i Nazwisko opiekuna**  **wykonującego usługę** | **Podpis Opiekuna** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |