Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Baniach Mazurskich
ul. Konopnickiej 26, 19-520 Banie Mazurskie tel. 87 615 73 16

KARTA REALIZACJI USŁUG OPIEKUŃCZYCH

za miesiąc ..... 20..... r.

I. DANE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUG

1. Imię i nazwisko: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Numer decyzji administracyjnej: .....
4. Okres przyznania usług: od ..... do .....
5. Wymiar przyznanych usług: ..... godzin tygodniowo / miesięcznie.
6. Zakres przyznanych usług: zgodnie z decyzją administracyjną oraz indywidualnym zakresem czynności.

II. DANE OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI

1. Imię i nazwisko: .....
2. Forma zatrudnienia / świadczenia usług: .....
3. Okres realizacji usług w danym miesiącu: .....

III. EWIDENCJA REALIZACJI USŁUG

Lp.	Data	Godzina rozpoczęcia	Godzina zakończenia	Liczba godzin	Wykonane czynności zakres udzielonej pomocy	Podpis osoby korzystającej z usług
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						

GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W BANIACH MAZURSKICH

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Baniach Mazurskich
ul. Konopnickiej 26, 19-520 Banie Mazurskie tel. 87 615 73 16

25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

IV. INFORMACJE O REALIZACJI USŁUG

1. Liczba godzin usług przyznanych na dany miesiąc: .....
2. Łączna liczba godzin faktycznie zrealizowanych: .....
3. Liczba godzin niezrealizowanych: .....
4. Przyczyny niezrealizowania usług (np. nieobecność osoby korzystającej z usług, hospitalizacja, odmowa przyjęcia pomocy, nieobecność osoby świadczącej usługi, inne):

.....

.....

5. Informacje o zmianach w realizacji usług, zauważonych potrzebach lub okolicznościach wymagających przekazania pracownikowi GOPS:

.....

.....

6. Czy wystąpiły zdarzenia wymagające niezwłocznego poinformowania GOPS?

☐ NIE

☐ TAK – opis zdarzenia i podjętych działań:

.....

.....

V. POTWIERDZENIE REALIZACJI USŁUG

Oświadczam, że usługi opiekuńcze zostały wykonane w dniach, godzinach i zakresie wskazanym w niniejszej karcie, zgodnie z przyznanym zakresem świadczenia.

Osoba świadcząca usługi:

.....

(data i podpis)

Potwierdzam wykonanie wskazanych czynności oraz realizację usług w wykazanym wymiarze.

Osoba korzystająca z usług:

.....

(data i podpis)

W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez osobę korzystającą z usług:

☐ stan zdrowia uniemożliwia złożenie podpisu;

☐ osoba odmówiła złożenia podpisu;

☐ inna przyczyna: .....

Sposób potwierdzenia wykonania usług / okoliczności braku podpisu:

.....

Podpis osoby świadczącej usługi: .....

VI. POTWIERDZENIE PRZEKAZANIA I WERYFIKACJI KARTY PRZEZ GOPS

Data przekazania karty do GOPS: .....

Uwagi osoby weryfikującej:

.....

.....

.....

(data i podpis osoby weryfikującej)

Dokument stanowi podstawę dokumentowania faktycznej realizacji usług opiekuńczych i ich miesięcznego rozliczenia.