

**MIESIĘCZNA KARTA ŚWIADCZENIOBIORCY KORZYSTAJĄCEGO ZE  
SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres .....

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi .....

Godziny świadczenia usługi .....

.....  
.....  
.....

Data	Ilość godzin	Zakres usługi w danym dniu	Podpis świadczeniobiorcy
Informacja o zmianach, które powstały w trakcie korzystania ze świadczeń oraz przyczyny braku pełnego wykorzystania zakresu usług			