



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

*Załącznik nr 6 do Regulaminu*

**Załącznik do umowy zlecenia**

## KARTA REALIZACJI USŁUG SĄSIEDZKICH

za miesiąc .....

**Osoba realizująca usługi sąsiedzkie** .....

**Nazwisko i imię podopiecznego** .....

**Adres** .....

| Dzień<br>danego<br>miesiąca | Czas pracy osoby świadczącej usługi<br>sąsiedzkie |            |              | Podpis podopiecznego<br>lub członka rodziny | Uwagi |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|------------|--------------|---------------------------------------------|-------|
|                             | od godziny                                        | do godziny | Ilość godzin |                                             |       |
| 1.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 2.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 3.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 4.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 5.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 6.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 7.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 8.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 9.                          |                                                   |            |              |                                             |       |
| 10.                         |                                                   |            |              |                                             |       |
| 11.                         |                                                   |            |              |                                             |       |

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |  |

**Liczba godzin**

**zrealizowanych .....**

**w danych miesiącu**

**.....**

**podpis osoby świadczącej**

**podpis pracownika OPS Przelewice**

