**Załącznik nr 5**

**Rozliczenie za usługi opiekuńcze/specjalistyczne realizowane w miesiącu**

**............................................................................................................................**

|  |
| --- |
| Dni powszednie  za godz. ........zł  Niedziele, święta  za godz. ........zł |
| **Lp.** | **Nazwisko  i imię** | **Łączny**  **koszt opieki** | **Kwota odpłatności osoby korzystającej** | | | | **Kwota dopłaty ponoszona przez MOPS** |
| **Liczba godzin** | | **Koszt  1 godz.** | **Odpłatność** |
| faktyczne  wykonanie | zgodnie  z wydaną  decyzją |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem: |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Niedziele i  święta | Ilość godzin |
| Dni powszednie |  |

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

Data i podpis sporządzającego