**Załącznik nr 5**

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

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

|  |
| --- |
| Dni powszednie za godz. ........złNiedziele, świętaza godz. ........zł |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Łączny****koszt opieki** | **Kwota odpłatności osoby korzystającej** | **Kwota dopłaty ponoszona przez MOPS** |
| **Liczba godzin** | **Koszt 1 godz.** | **Odpłatność** |
| faktycznewykonanie  |  zgodnie z wydanądecyzją |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem: |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Niedziele iświęta | Ilość godzin |
| Dni powszednie |  |

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

Data i podpis sporządzającego