



Harmonogram planowanych godzin pracy-usług w ramach
Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego-
edycja 2026

od do

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:.....

Imię i nazwisko osoby realizującej usługi.....

Kolejne dni miesiąca	Godziny od-do	Uwagi
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.		

.....
(PODPIS OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCNIENIOWEJ)

.....
(PODPIS OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)