

활동지원급여 제공기록지 (20 년 월)

※ 뒤쪽의 작성방법과 세부 내용을 참고하시기 바랍니다.

(앞쪽)

활동지원기관	기관명 사랑나눔복지센터	활동지원기관번호 44900 - 00004							
수 급 자	성명	생년월일						활동지원등급	
	주소 (전화번호:)								
활동지원사성명									
서비스 구분	세부 내용	제공일 및 제공시간(시작시간~종료시간)							
		/	/	/	/	/	/	/	/
신체활동지원	개인위생 관리								
	신체기능 유지·증진								
	식사 도움								
	실내 이동 도움								
	소계								
가사활동지원	청소 및 주변 정돈								
	세탁								
	취사								
	소계								
사회활동지원	등하교 및 출퇴근 지원								
	외출 시 동행								
	소계								
그 밖의 제공서비스()									
서비스 제공 시간	시작시간								
	종료시간								
총 서비스 제공 시간									
총 서비스 이용금액									
확 인	활동지원사(인 또는 서명)								
	보 호 자(인 또는 서명)								
	전담관리인력(인 또는 서명)								
수급자의 특이사항 및 업무상 특이사항									

※ 활동지원기관 및 활동지원인력과 수급자 및 보호자(가족)이 협의하여 매월 5일 이전까지 작성

20 년 활동지원서비스 주간업무보고(월)

이용자		생 년 월 일	
활동지원사		(서명 또는 날인) 전담인력 성명	(서명 또는 날인)
1주	〈활동지원사〉 이용자 건강상태, 업무내용, 일정변경 등 특이 사항 보고	신체() 가사() 사회()	
	〈전담인력〉 전달 및 지시사항		
2주	〈활동지원사〉 이용자 건강상태, 업무내용, 일정변경 등 특이 사항 보고	신체() 가사() 사회()	
	〈전담인력〉 전달 및 지시사항		
3주	〈활동지원사〉 이용자 건강상태, 업무내용, 일정변경 등 특이 사항 보고	신체() 가사() 사회()	
	〈전담인력〉 전달 및 지시사항		
4주	〈활동지원사〉 이용자 건강상태, 업무내용, 일정변경 등 특이 사항 보고	신체() 가사() 사회()	
	〈전담인력〉 전달 및 지시사항		
5주	〈활동지원사〉 이용자 건강상태, 업무내용, 일정변경 등 특이 사항 보고	신체() 가사() 사회()	
	〈전담인력〉 전달 및 지시사항		