

WZÓR

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: diennej, całodobowej*.

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wychnieniowej	Miejsce realizacji opieki wychnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wychnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wychnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wychnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wychnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wychnieniowej w formie:

1) dziennej wynosi godzin;

2) całodobowej wynosidni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

.....

Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.