

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”**

– edycja 2023

**I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

**III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: *dziennej*
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

<i>Lp.</i>	<i>Data realizacji opieki wytchnieniowej</i>	<i>Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej</i>	<i>Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej</i>	<i>Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej</i>	<i>Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała</i>	<i>Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna</i>
1.						
2.						
3.						

<b>Lp.</b>	<b>Data realizacji opieki wytchnieniowej</b>	<b>Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej</b>	<b>Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej</b>	<b>Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej</b>	<b>Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała</b>	<b>Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna</b>
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

Łączna liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej w formie dziennej wynosi ..... godzin.

Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu: .....  
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....  
Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny /opiekuna osoby niepełnosprawnej