



## Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021

### 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, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa\**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						



6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

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

- dziennej wynosi ..... godzin,
- całodobowej wynosi .....dni,
- specjalistycznego poradnictwa wynosi ..... godzin

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług