

## 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:

- Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*.
- Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ... ..
- Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| 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 | Podpism osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna |
|-----|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1   |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                     |
| 2   |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                     |
| 3   |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                     |
| 4   |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                     |
| 5   |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                     |
| 6   |                                       |                                          |                                              |                                                     |                                                                                                       |                                                                     |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 7  |  |  |  |  |  |  |
| 8  |  |  |  |  |  |  |
| 9  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

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

- 1) dziennej wynosi ..... godzin;
- 2) całodobowej wynosi .....dni

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.