

## 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,  całodobowej\*.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
3. 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 | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna |
|-----|---------------------------------------|--|--|---|---|--|
| 1.  |                                       |  |  |   |   |  |
| 2.  |                                       |  |  |   |   |  |
| 3.  |                                       |  |  |   |   |  |
| 4.  |                                       |  |  |   |   |  |
| 5.  |                                       |  |  |   |   |  |

| 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 |
|-----|---------------------------------------|--|--|---|---|--|
| 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.