

WZÓR

**Karta realizacji usług opieki wytnieniowej w ramach Programu „Opieka wytnieniowa” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytnieniowej (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 wytnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytnieniowej:

1. Opieka wytnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej*.

2. Opieka wytnieniowa przyznana w wymiarze:

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

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						

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

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

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

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.