

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:
4. (Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki	Miejsce realizacji opieki	Godziny/dni realizacji opieki	Liczba godzin/dni świadczonej opieki	Potwierdzenie realizacji usługi opieki 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.						
11.						

12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

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

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

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

7. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

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

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.