

**Karta rozliczenia usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa”
– edycja 2022**

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wychnieniowej:

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

2. Opieka wychnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce realizacji usług opieki wychnieniowej:

.....

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 wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin,
- 2) całodobowej wynosidni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Należy podkreślić realizowaną formę usług