Załącznik nr 2 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

# Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025

## Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

………………………………………………………………………………………………………………

Telefon:

………………………………………………………………………………………………………………

E-mail:

…………………………………………………...................................................................................

## Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia:

………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

………………………………………………………………………………………………………………

## Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………………………….
3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| **Lp.** | Data realizacji | Miejsce realizacji | Godziny/dni realizacji | Liczba godzin/dób | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. całodobowej wynosi …………….dób.
4. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 ze stanem faktycznym.

………………………………………………………………………………………..

Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

1. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025 ze stanem faktycznym.

………………………………..............................................................

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.