

**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.						

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
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

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

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

5. 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

6. 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.