

Załącznik nr 1 do Projektu „Razem dla rodziny”

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej
w ramach Projektu „Razem dla rodziny”**

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

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

II. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie dziennej.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

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

.....

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

4. Łączna liczba godzin świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
dziennej wynosi godzin.

5. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Projektu „Razem dla rodziny” ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis członka rodziny/opiekuna

6. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Projektu „Razem dla rodziny” ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis koordynatora Projektu