

**Plan realizacji usług Opieki wytchnieniowej
w ramach Projektu „Razem dla rodziny”**

Imię i nazwisko Opiekuna faktycznego:

.....

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługę opieki wytchnieniowej:

.....

Prognozowany harmonogram usług na miesiąc: 2026r.

Plan usług

Lp.	Data usługi	Liczba godzin	Godziny realizacji usługi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Łączna liczba prognozowanych godzin usług Opieki wytchnieniowej
w miesiącu 2026r. wyniesie około godzin.

Podpis opiekuna