

Wzór

**Karta realizacji Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2024**

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, specjalistycznego poradnictwa*

2. Opieka wychnieniowa przyznana w wymiarze:

3. Miejsce realizacji usług opieki wychnieniowej:

| Lp. | Data realizacji opieki wychnieniowej | Miejsce realizacji opieki wychnieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wychnieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wychnieniowej | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wychnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wychnieniową/ członka rodziny/opiekuna |
|-----|--------------------------------------|---|---|--|--|--|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |

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

- dziennej wynosi godzin,
- całodobowej wynosidni,
- specjalistycznego poradnictwa wynosi godzin

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Należy podkreślić realizowaną formę usług