Załącznik nr 9 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

WZÓR

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej   
w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2022**

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….……………………………………………………………

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką, nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………..…………………………….
4. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .…………………………………………………….

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

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin,
3. całodobowej wynosi …………….dni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………………………………

*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług