



Powiat Dzierżoniowski

Załącznik Nr 1 do Umowy
„Opieka wychnieniowa dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego - edycja
2025”

Karta realizacji usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

**Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wychnieniowej (członka rodziny/opiekuna
osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

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

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Informacje dot. realizowanych usług opieki wychnieniowej:

- Opieka wychnieniowa przyznana w formie: *dziennej, całodobowej**
- Opieka wychnieniowa przyznana w wymiarze:godzin.
- Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wychnieniowej:

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy wypełniać czytelnie i uzupełniać na bieżąco)

Lp	Data realizacji opieki wychnieniowej	Miejsce realizacji opieki wychnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wychnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wychnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wychnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała (czytelny podpis)	Czytelny podpis osoby objętej opieką wychnieniową/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.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						

- Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
 - 1) dziennej wynosi godzin;
 - 2) całodobowej wynosidób.

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....
 Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....
 Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

*Należy podkreślić realizowaną formę usług