Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Fundusz Solidarnościowy

Powiat Dzierżoniowski

Załącznik Nr 1 do Umowy „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026”

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

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

Imię i nazwisko: ……

Data urodzenia: ……

Adres zamieszkania: ……

Telefon: ……

E-mail: ……...

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

Imię i nazwisko: ……

Data urodzenia: ……..

Adres zamieszkania: ……..

III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

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

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

Lp	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała (czytelny podpis)	Czytelny podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/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 wynosi …….dób.

Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026:

…….....
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 2026:

……..
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

* Należy podkreślić realizowaną formę usług