



Załącznik Nr 9

(Załącznik nr 8 do Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024)

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

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

Imię i nazwisko:

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 dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: *dziennej, całodobowej**.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:
.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)



Zadanie publiczne „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2024
jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.

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 osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

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

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

*Zadanie publiczne „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2024
jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego
otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.*

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

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

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

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.