



Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr
2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową:
3. Adres:
4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową
5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od do.....
6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa*
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

Lp.	Data wykonywania opieki wytchnieniowej	Wykonano opiekę wytchnieniową od godz. ... do godz. ...	Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu 2020r. wynosi godzin.

.....
Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Należy podkreślić realizowaną formę usług