Załącznik nr 3 do Regulaminu udziału w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

**Karta rozliczenia 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 niepełnosprawnej):**

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

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

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

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

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą członkowie rodziny/ 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 (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………………………………………………………………………………….

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| **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. |  |  |  |  |  |  |
| 11, |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. całodobowej wynosi …………….dni.
4. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

1. 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 niepełnosprawnej)

\*Należy podkreślić realizowaną formę