Załącznik nr 3 do Regulaminu

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w**

**ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2023**

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

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

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą 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 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 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. całodobowej wynosi ……………. dni.
4. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

…………………………………………………………………………

 (data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług)

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

………………………………...........................……………

 (data i podpis osoby opiekuna prawnegolub
 członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej**)**

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.