



Karta realizacji zadania publicznego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr
2. Imię i nazwisko uczestnika Programu lub osoby z niepełnosprawnością objętej usługami opieki wytchnieniowej:
.....
.....
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*
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze ogółem:
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

Uwaga: kartę realizacji Programu należy uzupełniać na bieżąco.

Lp.	Data wykonania usług opieki wytchnieniowej	Godziny/dni wykonania usług opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dni wykonanej opieki wytchnieniowej	Podpis uczestnika Programu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu

r. w formie:

1) dziennej wynosi godzin:

2) całodobowej wynosidni.

.....
Data i podpis osoby świadczącej usługi.

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

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

11. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

.....
Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej.

*Należy podkreślić realizowaną formę usług opieki wytchnieniowej.