

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. finansowany z Funduszu Solidarnościowego.

*Załącznik nr 6 do Regulamin realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2025
przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mrągowie.*

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

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)



Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. finansowany z Funduszu Solidarnościowego.

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/dni realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób 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.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025. finansowany z Funduszu Solidarnościowego.

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

- 1) dziennej wynosigodzin;
- 2) całodobowej wynosidób.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025:

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.