**Załącznik Nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa**

**w Programie „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek**

**Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**Karta realizacji 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 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)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.  |  |  |  |  |  |  |
| 12.  |  |  |  |  |  |  |
| 13.  |  |  |  |  |  |  |
| 14.  |  |  |  |  |  |  |
| 15.  |  |  |  |  |  |  |

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

1) dziennej wynosi …………….….. godzin;

2) całodobowej wynosi ……….…..…….dni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

………………………………………………………………………………………..

*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

6. 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 niepełnosprawnością*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.