**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.