Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 1

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa"**

– **edycja 2023**

**I. 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: ………………………………………………….............................................................................

**II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

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

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

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

**III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ……………………………………………….........

3. 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. |  |  |  |  |  |  |

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

1) dziennej wynosi ………….. godzin,

2) całodobowej wynosi …………….dni.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

……………………………………………………………..

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

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług