Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 1

…………………………………………..

 (pieczęć Zleceniobiorcy)

**RAPORT Z WYKONANIA USŁUG OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**w ramach Programu "Opieka wytchnieniowa" - edycja 2023**

**w okresie od …………………….. do ……………………..**

 dzień/miesiąc/rok dzień/miesiąc/rok

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej objętej usługami opieki wytchnieniowej | Liczba godzin wykonanych usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych osobie z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności | Liczba godzin wykonanych usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego świadczonych dzieciom z orzeczeniem o niepełnosprawności | Termin i powód – przyczyna nieświadczenia usług opieki wytchnieniowej w raportowanym okresie |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| **Ogółem liczba godzin wykonanych usług opieki wytchnieniowej** |  |  |  |

............................................ .......................................................................................................................

 (data) (podpis osoby upoważnionej przez Zleceniobiorcę)