

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

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:

4. Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/doby 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.						

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/doby 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: członek rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

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

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidób.

6. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis osoby świadczącej usługi.

7. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 ze stanem faktycznym.

.....
Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.