*Załącznik nr 9 do Programu*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020*

**Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2020**

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr ....................
2. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową: ………………………………………
3. Adres: …………………………………………………
4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową ……………………………………………
5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od …………… do………………
6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa\*
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ……………………….
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonywania opieki wytchnieniowej** | **Wykonano opiekę wytchnieniową****od godz. …** **do godz. …** | **Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu ……..…………….. r.

wynosi ………. godzin.

………………………………..

Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług