Załącznik nr 4 do Programu

oraz załącznik do ogłoszenia o otwartym

konkursie ofert w ramach Programu

„Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami”

– edycja 2023

*WZÓR*

**Karta realizacji zadania publicznego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2023**

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr ....................
2. Imię i nazwisko uczestnika Programu lub osoby z niepełnosprawnością objętej usługami opieki wytchnieniowej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………..........................................................................................................................

1. Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową: ……………………………………………………………….
3. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od …………… do………………..............................
4. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*
5. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze ogółem: ………………………..............................................
6. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………......................................................

Uwaga: kartę realizacji Programu należy uzupełniać na bieżąco.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonania usług opieki wytchnieniowej** | **Godziny/dni wykonania usług opieki wytchnieniowej** | **Liczba godzin/dni wykonanej opieki wytchnieniowej** | **Podpis uczestnika Programu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu ……..…………….. r. w formie:
2. dziennej wynosi …………..... godzin:
3. całodobowej wynosi …………….dni.

……………………………….............................

Data i podpis osoby świadczącej usługi.

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

………………………………..............................

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu.

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

………………………………..............................

Data i podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej.

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług opieki wytchnieniowej.