

WZÓR

Karta realizacji zadania publicznego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr
2. Imię i nazwisko uczestnika Programu oraz/lub osoby z niepełnosprawnością objętej usługami opieki wytchnieniowej:
.....
.....
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 ***
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

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

9. 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 Programu

*Należy podkreślić realizowaną formę usług opieki wytchnieniowej.