Załącznik nr 1 do umowy na realizację usług w zakresie opieki wytchnieniowej

w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021 – Pobyt dzienny

**Karta realizacji usługi w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

1. **Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

1. **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, ~~całodobowej, specjalistycznego poradnictwa~~\*
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…….
4. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: ………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data realizacji opieki wytchnieniowej | Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej | Godziny / ~~dni~~ realizacji opieki wytchnieniowej | Liczba godzin / ~~dni~~ świadczonej opieki wytchnieniowej  | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową / członka rodziny / opiekuna |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
* dziennej wynosi ………………….. godzin\*,
* ~~całodobowej wynosi ……….………….dni\*,~~
* ~~specjalistycznego poradnictwa wynosi ……. godzin\*~~
1. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług