Załącznik nr 9 do SWZ GOPS.2.1.2024

Załącznik nr 8 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu** **„Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….....................................................................................................................

1. **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: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……

1. **Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*.
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………………………….
4. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| **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 osoby z niepełnosprawnością |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. całodobowej wynosi …………….dni.
4. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

………………………………………………………………………………………..

*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024:

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

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

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.