**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

1. **Przedmiotem zamówienia jest:** świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego, w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej tj. bezpośredniej opieki nad osobą, której niepełnosprawność związana jest z szerokim spektrum problemów zdrowotnych prowadzących do znacznego ograniczenia samodzielności, zamieszkałą na terenie Gminy Jastrzębie – Zdrój, realizowanych na podstawie Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021, realizowanego w ramach Funduszu Solidarnościowego.

2 . Ilość osób objętych świadczeniem przez cały okres świadczenia usługi wynosi 15 osób, w tym:

-10 osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz   
 orzeczeniami równoważnymi,

-5 dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności,

3. Usługi świadczone będą w okresie od **dnia podpisania umowy do dnia 30.11.2021 w dni robocze, a także soboty, niedziele i święta w godz: 7.00 – 22.00** w miejscu zamieszkania osób, którym usługa ta została przyznana. Usługa opieki wytchnieniowej jest skierowana do **członków rodzin lub opiekunów**, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki **nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności** oraz **orzeczeniami równoważnymi,** zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie. Opieka wytchnieniowa polega na czasowym odciążeniu od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki, zapewnienie czasu na odpoczynek i regenerację.

1. Przewidywana liczba godzin usług do wykonania w okresie: **od dnia podpisania umowy** **do 30.11.2021 r. łącznie: 1 800 godzin, w tym:**

- dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi –   
1 200 godzin.

- dla dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności 600 godzin.

Za jedną godzinę świadczenia usługi dla podopiecznego przyjmuje się czas 60 min. Czas dojazdu do miejsca świadczenia usług na rzecz podopiecznego nie jest wliczany do czasu świadczenia usługi.

Zamawiający zastrzega sobie:

1. możliwość zrealizowania mniejszej ilości godzin z przyczyn od niego niezależnych (np. zmniejszenie ilości osób korzystających z usługi).
2. prawo do ograniczenia zakresu zamówienia do 70 % wielkości zamówienia.
3. Zakres wsparcia (załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia), godziny świadczenia usług opieki wytchnieniowej będą indywidualnie ustalane dla każdego świadczeniobiorcy   
   z uwzględnieniem jego konkretnych potrzeb oraz potrzeb osoby niepełnosprawnej.

**6. Usługi opiekuńcze świadczone w ramach opieki wytchnieniowej obejmują w szczególności następujący zakres:**

1. pomoc w dokonywaniu bieżących porządków w używanej przez osobę niepełnoprawną części mieszkania (w zakresie jednego pokoju i kuchni),
2. pomoc w utrzymaniu w czystości naczyń stołowych, kuchennych i innego sprzętu gospodarstwa domowego,
3. pomoc w przygotowaniu posiłku: śniadania, obiadu, kolacji,
4. słanie łóżka, zmiana bielizny pościelowej i osobistej,
5. karmienie, czesanie, ubieranie,
6. układanie osoby niepełnosprawnej w łóżku, oklepywanie, zmiana pozycji,
7. podawanie basenu, kaczki,
8. zmiana pampersów,
9. zapobieganie powstawaniu odleżyn, nacieranie, oklepywanie,
10. pomoc przy poruszaniu się po mieszkaniu,
11. podtrzymywanie kontaktów z otoczeniem, towarzyszenie w czasie spacerów lub/i w czasie nieobecności członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej,
12. dopilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
13. w szczególnie uzasadnionych przypadkach: zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych,
14. utrzymanie kontaktu z domownikami, rówieśnikami oraz ze społecznością lokalną,
15. wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
16. oraz pomoc w innych czynnościach wskazanych przez osobę objęta usługa opieki wytchnieniowej.
17. Usługa opieki wytchnieniowej przyznawana będzie na podstawie wypełnionej Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, zwaną „Kartą zgłoszenia” (załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia) oraz po dokonaniu **pogłębionej analizy sytuacji rodzinnej.** W sytuacji nagłej/losowej/interwencyjnej usługa opieki wytchnieniowej może być przyznana bez Karty zgłoszenia. Jednakże dokument ten powinien zostać uzupełniony niezwłocznie w terminie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia wystąpienia tej sytuacji.
18. Zamawiający niezwłocznie będzie przekazywać Wykonawcy jeden egzemplarz „Karty zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021, (załącznik nr 1 do opisu przedmiotu zamówienia) zawierającej wszystkie niezbędne dane o sytuacji osobistej  
     i zdrowotnej osoby niepełnosprawnej, dane opiekuna osoby niepełnosprawnej. Wykonawca zobowiązany będzie wykonać przedmiot umowy zgodnie z ustalonym wymiarem i zakresem wsparcia.
19. **Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia ciągłości świadczonej usługi opieki wytchnieniowej**:
    1. w przypadkach nagłej absencji pracownika - opiekuna, Wykonawca niezwłocznie organizuje zastępstwo innego pracownika, jednocześnie informując (maksymalnie w ciągu 2 godzin)   
       o tym fakcie członka rodziny lub opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz Zamawiającego. Podczas przekazywania pracownikowi - opiekunowi „nowego środowiska”, ustnie przekazuje ustalony zakres wsparcia oraz istotne informacje niezbędne do świadczenia usługi,
    2. niezwłocznie (w ciągu 2 godzin) musi poinformować Zamawiającego o wstrzymaniu usług   
       u osoby niepełnosprawnej z powodu: hospitalizacji, zgonu lub innych powodów. W przypadku wstrzymania świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, Wykonawca nie może żądać zapłaty za ten okres.
20. **Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji** :

* miesięcznych wypełnionych „Kart realizacji Programu” dla każdego pracownika,
* jednolitych teczek osobowych każdego pracownika świadczącego usługę opieki wytchnieniowej, zawierających: kserokopie umowy zatrudnienia, szczegółowy zakres obowiązków, dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe pracownika, oświadczenia   
  o zapoznaniu z zakresem obowiązków, oświadczenia o przeprowadzeniu instruktażu stanowiskowego,
* teczek osobowych dla każdej osoby niepełnosprawnej, w których zawarte będą: szczegółowy zakres wsparcia świadczonej usługi opieki wytchnieniowej, „karta informacyjna osoby niepełnosprawnej”, pismo informujące wnioskodawcę o przyznaniu usługi opieki wytchnieniowej, o prawach i obowiązkach uczestnictwa w Programie oraz notatki służbowe sporządzane po każdej wizycie kontrolnej u osoby niepełnosprawnej,
* rejestru wizyt kontrolnych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej,
* informacji/oświadczeń o czasowym nieświadczeniu usług opieki wytchnieniowej,
* protokołów z comiesięcznych zebrań z pracownikami, wraz z listą obecności osób uczestniczących  
  w spotkaniach.

Wykonawca zobowiązany jest do przekazywania Zamawiającemu po zakończonym miesiącu,   
w terminie nie później niż do 5 - go dnia następnego miesiąca, wykazu/sprawozdania ilości godzin usługi opieki wytchnieniowej świadczonych u osób niepełnosprawnych (załącznik nr 2 „Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021) oraz do przekazania miesięcznego harmonogramu pracy pracowników - opiekunów na miesiąc następny.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo kontrolowania Wykonawcy w przedmiocie spełnienia przez Wykonawcę warunków wymogu zatrudnienia osoby bezrobotnej, tj. wymogu klauzul społecznych, jakości, rzetelności, efektywności i stanu realizacji sposobu świadczenia usługi opieki wytchnieniowej oraz prawidłowości prowadzonej kontroli. W ramach kontroli Zamawiający może żądać od Wykonawcy niezbędnych informacji dotyczących realizacji przedmiotu zamówienia, jak i udostępnienia wszelkiej dokumentacji dotyczącej realizacji przedmiotu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej   
   z przedmiotem zamówienia przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku,   
   w którym wykonawca realizował Zadania ze środków Funduszu Solidarnościowego.
3. Zatrudnienie koordynatora tj. osoby odpowiedzialnej za planowanie i nadzorowanie pracy opiekunów świadczących usługę opieki wytchnieniowej, za ciągły nadzór nad realizacją usługi opieki wytchnieniowej w terenie oraz sporządzanie comiesięcznego wykazu/sprawozdania godzin zrealizowanych usług, dokonanego na podstawie comiesięcznego rozliczenia realizacji usług   
   u poszczególnych podopiecznych według „Karty realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021, zwanej „ Kartą realizacji Programu. Ponadto, obowiązkiem osoby odpowiedzialnej będzie dokonywanie wizyt kontrolnych u każdej osoby niepełnosprawnej, nie rzadziej niż raz na 1 miesiąc oraz sporządzanie z tych wizyt notatek służbowych w zakresie rozeznania m. in jakości świadczenia usług. Notatki będą przechowywane w teczkach osobowych świadczeniobiorcy. Osoba odpowiedzialna, będzie instruowała opiekunów w sposób szczegółowy o obowiązujących ich zakresach czynności, poświadczając to odebraniem stosownego oświadczenia o dokonanym instruktażu. Osoba odpowiedzialna, będzie przekazywała druki „kart realizacji usługi” oraz omawiała istotne sprawy dotyczące świadczenia usług opieki wytchnieniowej u osób niepełnosprawnych. Osoba ta nie może łączyć pracy osoby odpowiedzialnej z wykonywaniem usług opieki. Wykonawca wskaże numer telefonu osoby odpowiedzialnej za planowanie   
   i nadzorowanie pracy opiekunów świadczących usługę opieki wytchnieniowej, do kontaktów   
   z Zamawiającym, w celu właściwej realizacji przedmiotu zamówienia. W przypadku nieobecności osoby odpowiedzialnej, wykonawca wyznaczy i upoważni pisemnie osobę, która będzie pełnić w/w obowiązki.

**Wymagane załączniki:**

*Załącznik nr 1 do umowy*

**Karta zgłoszenia do Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

1. **Dane osoby ubiegającej się o przyznanie 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 opiekun ubiega się   
   o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się (wypełnia opiekun/członek rodziny, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

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

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

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

**II. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:**

□ dzienna, miejsce……………………………………………………………………………………. \*

□ całodobowa, miejsce ……………………………………………………………………...…….\*

□ specjalistyczne poradnictwo

□ w godzinach …………………………………………………. □ w dniach …………………….

**III. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, w związku z opieką nad którą ubiegam się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej) posiada ważne orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/orzeczenie równoważne lub że dziecko posiada orzeczenie   
o niepełnosprawności\*\*

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” − edycja 2021 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Miejscowość ………………………………., data ……………………………

..………………………………………………………

(Podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej

………………………………………………………..

(Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

\*Należy wpisać miejsce wymienione w treści Programu „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2021:

1) świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego w: miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością, ośrodku wsparcia lub innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

2)świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w: ośrodku wsparcia, w ośrodku/placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością wpisaną do rejestru właściwego wojewody lub w innym miejscu wskazanym przez uczestnika Programu, które otrzyma pozytywną opinię realizatora Programu.

\*\*Do Karty zgłoszenia należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/o niepełnosprawności

**OŚWIADCZENIE**

W związku z art. 6 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w związku z uczestnictwem w programie MRiPS „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**.

**Klauzula Informacyjna**

Na podstawie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Miasta Jastrzębie-Zdrój reprezentowana przez Prezydenta Miasta Jastrzębie-Zdrój, z siedzibą w Jastrzębiu-Zdroju, al. Piłsudskiego 60. Może się Pani/Pan   
z nim kontaktować w następujący sposób:

* listownie na adres siedziby administratora: 44-335 Jastrzębie-Zdrój, al. Piłsudskiego 60
* e-mailem: [miasto@um.jastrzebie.pl](mailto:miasto@um.jastrzebie.pl)
* telefonicznie: 32 47 85 100

2. W sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych może się Pan/Pani kontaktować z wyznaczonym przez Prezydenta Miasta Jastrzębie-Zdrój inspektorem ochrony danych (IOD) w następujący sposób:

* listownie na adres siedziby administratora: 44-335 Jastrzębie-Zdrój, al. Piłsudskiego 60
* e-mailem: [iod@um.jastrzebie.pl](mailto:iod@um.jastrzebie.pl)

3. Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021”, a także w celach archiwizacyjnych. Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.   
a oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO, czyli państwa zgody, art. 6 ust. 1lit e) oraz art. 9 ust 2 lit. b RODO tj.   
w związku z zadaniami realizowanymi w interesie publicznym w tym wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej wynikających z Programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021.

4. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa oraz na podstawie umowy powierzenia firmie realizującej program „opieka wytchnieniowa – edycja 2021”.

5. Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane w trakcie realizacji programu „Opieka wytchnieniowa– edycja 2021”   
i przez 5 lat po jego zakończeniu (kategoria archiwalna B5).

6. Zgodnie z RODO przysługuje Pani/Panu:

* prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymywania ich kopii
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa
* prawo do wycofania zgody na przetwarzanie, wycofanie zgody nie będzie miało jednak wpływu na przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
* prawo do wniesienia sprzeciwu
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)

7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne, aby mógł Pan/Pani skorzystać z usług opieki wytchnieniowej.

8. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Załącznik pomocniczy – w przypadku dużej ilości chętnych do przystąpienia do Programu.

**Karta oceny stanu dziecka/osoby niepełnosprawnej wg zmodyfikowanej skali FIM**

Imię i nazwisko ......................................................................................................

Adres zamieszkania ................................................................................................

PESEL ................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czynność | Stopień samodzielności | Wynik |
| Samoobsługa | Spożywanie posiłków |  |
| Dbałość o wygląd zewnętrzny |  |
| Kąpiel |  |
| Ubieranie górnej części ciała |  |
| Ubieranie dolnej części ciała |  |
| Toaleta |  |
| Kontrola zwieraczy | Oddawanie moczu |  |
| Oddawanie stolca |  |
| Mobilność | Przechodzenie z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki |  |
| Siadanie na muszli klozetowej |  |
| Wchodzenie pod prysznic lub do wanny |  |
| Lokomocja | Chodzenie lub jazda na wózku inwalidzkim |  |
| Schody |  |
| Komunikacja | Zrozumienie |  |
| Wypowiadanie się |  |
| Świadomość społeczna | Kontakty międzyludzkie |  |
| Rozwiązywanie problemów |  |
| Pamięć |  |
| **SUMA** | |  |

Maksymalny wynik to 126 punktów, a minimalny to 18.

………………………………………………….

(Miejscowość, data, podpis osoby wypełniającej Kartę)

Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (FIM – The Functional Independence Measure) - pozwala na ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie samoobsługi, kontroli zwieraczy, mobilności, niezależności w zakresie lokomocji, komunikacji i świadomości społecznej.

Za każdą czynność podlegającą ocenie dziecko/osoba niepełnosprawna może otrzymać od 1 do 7 punktów:

• 7 punktów – pełna niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (analizowaną czynność dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje bezpiecznie i szybko);

• 6 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (wykorzystywane są urządzenia pomocnicze);

• 5 punktów – umiarkowana niezależność dziecka/osoby niepełnosprawnej (konieczny jest nadzór lub asekuracja podczas wykonywania czynności);

• 4 punkty – potrzebna minimalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie więcej niż 75% czynności);

• 3 punkty – potrzebna umiarkowana pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 50 do 74% czynności);

• 2 punkty – potrzebna maksymalna pomoc (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie od 25 do 50% czynności);

• 1 punkt – całkowita zależność (dziecko/osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie mniej niż 25% czynności).

Załącznik Nr 2 do Umowy

**Karta realizacji 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

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

……………………………………………………………………………….

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług