

Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ



Legnica, dnia.....

**Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021**

- 1 Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr .....
- 2 Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową: .....
- 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 wykonywania opieki wytchnieniowej	Wykonano opiekę wytchnieniową od godz. ... do godz. ...	Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

Załącznik nr 2 do umowy

15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wychnieniowej w miesiącu .....2021r.  
wynosi .....godzin.

.....  
Data i podpis osoby świadczącej usługi \*\*

10. Potwierdzam zgodność Karty realizacji Programu

.....  
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług

\*\* Oświadczam, że w godzinach realizacji usługi opieki wychnieniowej nie były świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.), usługi finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego lub z innych źródeł.