



## Załącznik nr 2 do projektu umowy Nr GOPS.26.15.2022

### Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022

**I. 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: .....

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

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

**III. Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: *dziennej, całodobowej\**

2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....



*Dokumentacja programu pt.: „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 realizowanego na podstawie ustawy  
z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym*

| 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. |                                       |  |  |   |   |  |

4. łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi ..... godzin,
- 2) całodobowej wynosi .....dni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług