



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”  
– edycja 2023**

**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: .....

(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
1.						

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
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

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

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.