

 

Załącznik nr 7

do Regulaminu rekrutacji i realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla JST- edycja 2024 w Powiecie Radomskim

**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.
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 wytch-nieniowej | Miejsce realizacji opieki wytch-nieniowej | Godziny/dni realizacji opieki wytch-nieniowej | Liczba godzin/dni świadczonej opieki wytch-nieniowej  | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę 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:

dziennej wynosi ………….. godzin;

1. 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.