



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

*Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i udziału  
w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022*

WZÓR

**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: .....



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

Program „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2022 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

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