



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



## 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:

.....

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	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



					osobę bądź placówkę , która ją realizow ała	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wychowawczej 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