Załącznik nr 3   
do zapytania ofertowego

DAK.221.8.2022

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu  
 „Opieka wytchnieniowa"– edycja 2022**

1. **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: ………………………………………………….

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

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………….
4. 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 osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin,
3. całodobowej wynosi …………….dni,

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług