 ***Załącznik nr 4*** *do Regulaminu realizacji usługi opieki wytchnieniowej*

 *przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach*

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

 **– edycja 2023**

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.
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………….
4. 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. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej w formie:
2. dziennej wynosi ………….. godzin;
3. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

………………………………..............................

Data i podpis osoby opiekuna prawnegolub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej