**Karta realizacji zadania publicznego**

**w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów**

**osób z niepełnosprawnościami”– edycja 2022**

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr ....................
2. Imię i nazwisko uczestnika Programu oraz/lub osoby z niepełnosprawnością objętej usługami opieki wytchnieniowej:

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

1. Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową ……………………………………………………………………………………………….
3. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od ………………………………..….. do…………………………………………………
4. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej \*
5. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ……………………….
6. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: ………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wykonania usług opieki wytchnieniowej** | **Godziny wykonania usług opieki wytchnieniowej** | **Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej** | **Podpis uczestnika Programu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |

1. Łączna liczba godzin / dni wykonanej opieki wytchnieniowej w miesiącu ……..…………….. r. wynosi ………. godzin.

………………………………..

Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług opieki wytchnieniowej.