Załącznik nr 5

do Regulaminu naboru i uczestnictwa

w Programie Ministerstwa Rodziny

i Polityki Społecznej

”Opieka wytchnieniowa” - edycja 2021

*Załącznik nr 9 do Programu*

*Ministra Rodziny i Polityki Społecznej*

*„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021*

*Wzór*

**Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

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,~~ specjalistycznego poradnictwa\*
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…….
4. Miejsce realizacji usługopieki 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:

* ~~Dziennej wynosi …………..godzin,~~
* ~~całodobowej wynosi …………….dni,~~
* specjalistycznego poradnictwa wynosi ……. godzin

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług