Załącznik Nr 5 do SWZ

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

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: ……………………………………………………………………………….

(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 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.
4. 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

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.