



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach projektu pn.
„Tak to się robi w Sosnowcu”**

Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członkowi rodziny/opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie dziennej.
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

.....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Lp.	Data realizacji OW	Miejsce realizacji OW	Godziny realizacji OW	Liczba godzin świadczonej OW	Potwierdzenie realizacji usługi OW przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						



Lp.	Data realizacji OW	Miejsce realizacji OW	Godziny realizacji OW	Liczba godzin świadczonej OW	Potwierdzenie realizacji usługi OW przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

4. Łączna liczba godzin świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie dziennej wynosi godzin;

5. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach projektu „Tak to się robi w Sosnowcu” ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

6. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach projektu „Tak to się robi w Sosnowcu” ze stanem faktycznym.

.....

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu