



**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026**

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

Imię i nazwisko: .....  
Adres zamieszkania: .....  
Telefon: .....  
E-mail: .....

**II. 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: .....

**III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie:  dziennej,  całodobowej\*
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny/doby realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin/dób świadczonej opieki wytchnieniowej	Potwierdzenie realizacji usługi opieki wytchnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową: członek rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością
1.						
2.						
3.						

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:
  - 1) dziennej wynosi ..... godzin,
  - 2) całodobowej wynosi ..... dób.

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

.....  
*Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

.....  
*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług.