

Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Lokalnego Programu Gminy Miasta Radomia „Opieka wytchnieniowa” - 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: członka 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 Lokalnego Programu Gminy Miasta Radomia „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2026:

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

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Lokalnego Programu Gminy Miasta Radomia „Opieka wytchnieniowa” - edycja 2026:

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

*Należy podkreślić realizowaną formę usług.