Załącznik nr 3 do uchwały Nr XLIX/505/2023 Rady Miejskiej w Stargardzie z dnia 28 lutego 2023 r.

**Wzór nr 2**

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

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

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………………………

**II.** **Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą opiekunowi przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej**:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………

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

1. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..…………………………….

2. Miejsce realizacji usług opieki 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. |  |  |  |  |  |  |

3. Łączna liczba godzin/dni świadczonej opieki wytchnieniowej wynosi …………………………..godzin;

4. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

………………………………..............................

Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej.