

**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:

- Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: ~~dziennej~~, **całodobowej***.
- Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze:

Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wytchnieniowej: **Dom Pomocy Społecznej
ul. Południowa 1, 62-510 Konin**

(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.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
2.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
3.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
4.		DPS Konin Ul. Południowa 1				

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
5.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
6.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
7.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
8.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
9.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
10.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
11.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
12.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
13.		DPS Konin Ul. Południowa 1				
14.		DPS Konin Ul. Południowa 1				

3. łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi0....godzin;
- 2) całodobowej wynosi.....dób.

4. 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

5. 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.