



### Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2020

1. Karta miesięcznego wykonania opieki wytchnieniowej Nr .....
2. Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością oraz członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością objętej opieką wytchnieniową: .....
3. Adres: .....
4. Imię i nazwisko osoby świadczącej opiekę wytchnieniową .....
5. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od ..... do.....
6. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej, specjalistycznego poradnictwa\*
7. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: .....
8. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: .....

| Lp. | Data wykonywania opieki wytchnieniowej | Wykonano opiekę wytchnieniową od godz. ... do godz. ... | Liczba godzin wykonanej opieki wytchnieniowej | Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna |
|-----|--|---|---|--|
| 1.  |  |   |   |  |
| 2.  |  |   |   |  |
| 3.  |  |   |   |  |
| 4.  |  |   |   |  |
| 5.  |  |   |   |  |
| 6.  |  |   |   |  |
| 7.  |  |   |   |  |
| 8.  |  |   |   |  |
| 9.  |  |   |   |  |
| 10. |  |   |   |  |
| 11. |  |   |   |  |
| 12. |  |   |   |  |



|     |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |

9. Łączna liczba godzin wykonanej opieki wychnieniowej w miesiącu ..... r.  
wynosi .....godzin.

.....  
Data i podpis osoby świadczącej usługi

10. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....  
Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Wrocławiu  
*Piotr Czajkowski*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług