*Załącznik Nr 2 do Regulaminu*

*realizacji usługi opieki wytchnieniowej w ramach Programu osłonowego „Samodzielni” na lata 2023 - 2025 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku*

**Karta rozliczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „ Samodzielni”**

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

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

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

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

Telefon: ………………………………………………………………………………………………..……

E-mail: …………………………………………………..............................................................................

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

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

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

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

1. **Informacje dot. realizowanych usług opieki wytchnieniowej:**
2. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: dziennej,
3. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: ………………………………………………..……………………………………………….
4. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: …………………………………………………………………………………………………
5. Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi:

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

| **Lp.** | **Data realizacji opieki wytchnieniowej** | **Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby realizującej usługę opieki wytchnieniowej** | **Podpis osoby objętej opieką wytchnieniową/członka rodziny/opiekuna** | **Uwagi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM liczba godzin zrealizowanej opieki wytchnieniowej** |

……………………………………………………………..

Data i podpis opiekuna

1. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………..

Data i podpis osoby reprezentującej Realizatora usług