Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

GOPS
Białe Błota

# 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:**

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. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |
| 13. | | | | | | |

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 Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026:

6. ……

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

7. 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.