

## KARTA REALIZACJI USŁUG

### Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „OPIEKA WYTCJNIENIOWA” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026

I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

**Nazwisko i Imię:** .....

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:

**Nazwisko i Imię:** .....

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: .....

IV. Dane **Opiekuna Wytchnieniowego** realizującego usługę:

**Nazwisko i Imię:** .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Rozliczenie miesięczne wykonania usługi **za miesiąc** .....**2026r.**

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Miejsce realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny / doby realizacji opieki wytchnieniowej od: .... do: .....	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.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
<b>RAZEM liczba godzin realizacji:</b>					

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w miesiącu ..... 2006r. w formie: dziennej wyniosła: ..... godzin; / całodobowej wyniosła .....dób.

5. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 ze stanem faktycznym.

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

6. Potwierdzam zgodność treści karty realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 ze stanem faktycznym.

.....  
*Data i podpis osoby reprezentującej realizatora Programu*

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług

**Prawidłowo wypełniony i podpisany oryginał Karty Realizacji Usługi musi zostać dostarczony do siedziby realizatora: FUNDACJA KTOŚ (93-280 Łódź Al. Marszałka Edwarda Śmigłego Rydza 70 najpóźniej do 2. dnia kolejnego miesiąca od daty zakończenia realizacji usług.**