

**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: .....  
.....

(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.  |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |

| 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 |
|-----|---------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.  |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 9.  |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 10. |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 11. |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 12. |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 13. |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |
| 14. |                                       |                                          |                                               |                                                     |                                                                                                       |                                                                                                 |

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:

.....

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

6. 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.