**Karta realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa" – edycja 2021**

**Pobyt całodobowy**

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej opieką wytchnieniową: ………………………………………………………………………….
2. Adres: …………………………………………………
3. Rozliczenie wykonania opieki wytchnieniowej w okresie od ………………….. do…………………..
4. Opieka wytchnieniowa przyznana w formie: całodobowej
5. Opieka wytchnieniowa przyznana w wymiarze: …………………………….
6. Miejsce realizacji usług opieki wytchnieniowej: …………………………….

………………………………………………………………………….

Data i podpis osoby reprezentującej ośrodek rehabilitacyjny wraz pieczęcią firmową

7. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

………………………………

Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług