

Załącznik nr 2 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji
Pozarządowych – edycja 2026

**Karta realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla
Organizacji Pozarządowych – 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.						

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
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						

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
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

4. Łączna liczba godzin/dób świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w formie:

- 1) dziennej wynosi godzin;
- 2) całodobowej wynosidób.

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.