

**Karta rozliczenia usług w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” – edycja 2024 finansowanego ze
środków budżetu Gminy Miejskiej Ilawa**

**I. Dane osoby, której przyznane zostało wsparcie (opiekuna prawnego/członka rodziny/opiekuna osoby
niepełnosprawnej):**

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

II. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej, której zostało przyznane wsparcie:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

III. Informacje dotyczące realizowanych usług*:

1. Opieka wychnieniowa
2. Wsparcie specjalistyczne (wpisać rodzaj).....

Lp.	Data realizacji	Godziny realizacji	Liczba godzin	Potwierdzenie realizacji usługi	Podpis osoby objętej
-----	-----------------	--------------------	---------------	---------------------------------	----------------------

	usługi	usługi (od - do)		przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała	usługami/członka rodziny/opiekuna
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3. Łączna liczba godzin świadczonej usługi w formie:
 Opieka wychnieniowa
 Wsparcie specjalistyczne

4. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

.....
 Data i podpis osoby reprezentującej realizatora usług

*Właściwe podkreślić