






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

1) Diennej wynosi.....godzin

2) Całodobowej wynosi..... godzin

5. Potwierdzam zgodność karty realizacji Programu

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

6. Potwierdzam zgodność karty realizacji usług opieki wytchnieniowej:

.....  
(Data i podpis osoby opiekuna prawnego lub członka rodziny/opiekuna osoby niepełnosprawnej)

\*Należy podkreślić realizowaną formę usług