



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

Załącznik nr 8 do Programu  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
„Opieka wychnieniowa” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2026  
(Załącznik nr 6 do Regulaminu)

## Karta realizacji usług opieki wychnieniowej w ramach Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

### I. Dane osoby, której przyznane zostały usługi opieki wychnieniowej (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 wychnieniowej:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

### III. Informacje dotyczące realizowanych usług opieki wychnieniowej:

1. Opieka wychnieniowa przyznana w formie: dziennej, całodobowej\*.

2. Opieka wychnieniowa przyznana w wymiarze: .....

3. Miejsce (wraz z adresem) realizacji usług opieki wychnieniowej: .....

.....

(Uwaga: Kartę realizacji usług należy uzupełniać na bieżąco)

| Lp. | Data realizacji opieki wychnieniowej | Miejsce realizacji opieki wychnieniowej | Godziny/doby realizacji opieki wychnieniowej | Liczba godzin/dób świadczonej opieki wychnieniowej | Potwierdzenie realizacji usługi opieki wychnieniowej przez osobę bądź placówkę, która ją realizowała | Podpis osoby objętej opieką wychnieniową: 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. |                                       |  |   |   |   |   |

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.