Harmonogram realizacji usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

w miesiącu ……2026 .

I. Imię i nazwisko osoby, której przyznane zostały usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością): ……

II. Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością: ……

III. Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi: ……

- **MAKSYMALNA DŁUGOŚĆ NIEPRZERWANEGO ŚWIADCZENIA USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ WYNOSI <u>12 GODZIN</u>.**
- **USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ MOGĄ BYĆ ŚWIADCZONE W GODZINACH 6.00-22.00.**

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej

Lp.	Data realizacji opieki wytchnieniowej	Godziny realizacji opieki wytchnieniowej	Liczba godzin świadczonej opieki wytchnieniowej

1. Łączna liczba godzin świadczonej usługi opieki wytchnieniowej w miesiącu ……. wynosi …… godzin.

2. Adres realizacji usług opieki wytchnieniowej:

   ……

3. Potwierdzam harmonogram realizacji usług opieki wytchnieniowej

   ……
   Data i podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością

4. Potwierdzam harmonogram realizacji usług opieki wytchnieniowej

   ……
   Data i podpis świadczącego usługi opieki wytchnieniowej

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łukowie
ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków,
tel. (0 25) 798 99 13 / 509-199-790
e-mail: sekretariat@pcpr.lukow.pl, www.pcpr.lukow.pl