............................................................ Mrągowo, dnia ...............................

(Nazwisko i imię)

............................................................

(Adres)

............................................................

(Adres)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.

W związku z ubieganiem się o świadczenie pielęgnacyjne celowym jest wypełnienie poniższego oświadczenia:

1. Jakie czynności opiekuńcze wobec osoby, nad którą sprawowana jest opieka wykonuje Pan(i),
ze wskazaniem ich częstotliwości (ile razy dziennie, w tygodniu, w miesiącu) oraz czasu ich trwania.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Które z czynności wykonywanych przy sprawowaniu opieki muszą być bezwzględnie wykonywane przez Pana(ią) , a przy których tylko Pan(i) pomaga.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Pod opieką jakich lekarzy obecnie znajduje się osoba wymagająca opieki, jak często przyjmuje leki
i w jaki sposób są dawkowane.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Jaki jest aktualny stan zdrowia osoby wymagającej opieki (choroby główne i współistniejące, wskazania lekarskie i rokowania, zlecone badania).

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Na ile osoba wymagająca opieki jest osobą samodzielną, czy jest osobą leżącą na stałe, czy może poruszać się samodzielnie lub z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego, czy wymaga pomocy w czynnościach higienicznych czy może pozostać sama w domu na kilka godzin (na jak długo), czy jest zdolna
do samodzielnego sporządzania i spożywania posiłków, dawkowania i przyjmowania lekarstw, korzystania z toalety itp.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy osoba wymagająca opieki jest w stanie sama funkcjonować bez dozoru i pomocy innej osoby, jeżeli nie dlaczego.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy zamieszkuje Pan(i) wraz z osobą wymagającą opieki. Jeżeli nie to w jakich godzinach przebywa Pan(i) u osoby wymagającej opieki.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Wskazanie związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy rezygnacją/niepodejmowaniem zatrudnienia przez Pana(ią) a sprawowaniem opieki

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy ktoś wcześniej sprawował opiekę nad osobą wymagająca opieki, jeżeli tak to kto, w jakim okresie oraz z jakiego powodu zaprzestał sprawowania opieki.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy są inne wspólnie (bądź oddzielnie) zamieszkujące osoby uczestniczące w opiece nad osobą wymagającą opieki, jeśli tak to kto i na czym ta opieka polega, przez ile godzin dziennie jest sprawowana.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. W przypadku posiadania przez osobę wymagającą opieki proszę podać: rodzeństwo, pełnoletnie dzieci, pełnoletni wnukowie, rodzice – proszę dostarczyć ich oświadczenia o powodach niesprawowania opieki

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy osoba wymagająca opieki korzysta z usług opiekuńczych, jeżeli tak to w jakim wymiarze

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy osoba wymagająca opieki korzysta przez więcej niż 5 dni w tygodniu z całodobowej opieki
w placówce zapewniającej całodobowa opiekę.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Czy osoba wymagająca opieki korzysta z placówek dziennego pobytu, jeżeli tak w jakich godzinach i jak często.

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

 ..........................................................

 data i podpis osoby składającej
 oświadczenie

 Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”