

.....
(Nazwisko i imię)

Mrągowo, dnia

.....
(Adres)

.....
(Adres)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej, za złożenie fałszywego oświadczenia.

W związku z ubieganiem się o świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rehabilitacji, po 1 stycznia 2024 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?

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

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

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

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

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

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

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

5. 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 leków, korzystania z toalety itp.?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Czy jest Pan(i) osobą zatrudnioną, jeśli tak, jaki jest wymiar zatrudnienia (pełen etat, 1/12 etatu), rodzaj wykonywanej pracy, miejscowość zatrudnienia?

.....

.....

.....

9. Czy wykonywana praca nie przeszkadza w sprawowaniu opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem?

.....

.....

10. Pod czyją opieką znajduje się dziecko podczas gdy Wnioskodawczyni/Wnioskodawca jest w pracy?

.....

.....

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

.....

.....

.....
.....
12. Czy wcześniej były pobierane świadczenia z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem. Kto pobierał, w jakim okresie. Przyczyny zaprzestania pobierania świadczenia?
.....
.....
.....
.....

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

14. **Najbliższa rodzina** osoby niepełnosprawnej. Proszę podać: rodziców, pełnoletnie rodzeństwo, dziadków, małżonka – proszę **dostarczyć ich oświadczenia** o powodach niesprawowania lub zakresie sprawowanej opieki
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

16. Czy osoba wymagająca opieki korzysta przez więcej niż 5 dni w tygodniu z całodobowej opieki w placówce zapewniającej całodobową opiekę?
.....
.....

17. 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”