

Żnin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIE PIEŁĘGNACYJNE

Na podstawie art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r Kodeksu postępowania administracyjnego (tj. Dz. U z 2024r poz. 527) pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r Kodeksu Karnego(tj. Dz. U. z 2019r poz 1950 ze zm.)- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy*), do sprawy dotyczącej ustalenia prawa do ww. świadczenia pielęgnacyjnego oświadczam, iż:

1. **sprawuję osobistą opiekę nad:**
(Imię i nazwisko osoby wymagającej opieki)

stopień pokrewieństwa **od**
(pokrewieństwo) (od kiedy sprawowana jest stała opieka)

2. TAK NIE

zrezygnowałam/em lub nie podejmuję zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

nie podejmuję zatrudnienia od
(data rezygnacji z zatrudnienia)

okres oraz nazwa i adres ostatniego zatrudnienia.....
.....

3. TAK NIE

jestem osobą, na której zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964r- Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny wobec osoby wymagającej opieki (dziadkowie, rodzice, dzieci, wnuki, rodzeństwo)

4. TAK NIE

jestem osobą spokrewnioną w pierwszym stopniu z osobą wymagającą opieki (rodzice, dzieci)

jeśli „NIE,, proszę podanie informacji dlaczego inne osoby spokrewnione nie mogą sprawować opieki nad wyżej wymienioną osobą:

dziadkowie:.....

rodzice.....

dzieci.....

rodzeństwo.....

5. TAK NIE

mam zarejestrowaną działalność gospodarczą

6. TAK NIE

jestem zatrudniona/y

7. TAK NIE

jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy

8. TAK NIE

pobieram świadczenie wypłacone przez ZUS, KRUS lub inny Organ emerytalno-rentowy
jeśli TAK to proszę o podanie jaki Organ.....

9. TAK NIE

pobieram zasiłek stały z MOPS

10. TAK NIE

legitymuję się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności

11. TAK NIE

Jestem zgłoszona/y do ubezpieczenia zdrowotnego

12. TAK NIE

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

13. TAK NIE

Proszę o zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

(JEŚLI TAK, PROSZĘ O UZUPEŁNIENIE TABELI)

L.P.	Imię i nazwisko	PESEL	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM ?	RODZAJ I SIEDZIBA SZKOŁY (wypełnić w przypadku dzieci powyżej 18rż)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

14. TAK NIE

Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia społecznego

15. Mój staż pracy wynosi lat

16. Oświadczenie dotyczące osoby wymagającej opieki:

a) Czy osoba wymagająca opieki samodzielnie porusza się po domu ?

.....

b) Czy osoba wymagająca opieki samodzielnie siedzi ?

.....

c) Czy osoba wymagająca opieki korzysta samodzielnie z toalety ?

.....

d) Czy osoba wymagająca opieki używa pieluchomajtek, pampersów lub ma założony cewnik ?

.....

e) Czy osoba wymagająca opieki spożywa samodzielnie posiłki ?

.....

f) Czy osoba wymagająca opieki wymaga leczenia odleżyn, ran pooperacyjnych itd. ?

.....

