

## Dodatkowe informacje mające na celu ustalenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego

Czy o świadczenie pielęgnacyjne ubiega się Pani/Pan:

- pierwszy raz**       **kolejny raz**

Proszę podać datę i przyczynę rezygnacji lub niepodejmowania zatrudnienia/innej pracy zarobkowej/pozarolniczej działalności gospodarczej:

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

Od kiedy sprawuje Pani/Pan opiekę nad osobą wskazaną we wniosku?

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

Czy zakres sprawowanej opieki nad osobą wskazaną we wniosku **uniemożliwia** Pani/Panu podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.

- tak** (proszę opisać dlaczego) .....

.....  
.....

- nie** (proszę opisać dlaczego) .....

.....  
.....

Czy posiada Pani/Pan orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o grupie inwalidzkiej lub o niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji)?

- nie posiadam**

- tak, posiadam** (proszę wpisać rodzaj, stopień orzeczenia oraz opisać czy pomimo tego jest Pani/Pan w stanie sprawować opiekę nad osobą niepełnosprawną?): .....

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

Proszę opisać w jaki sposób sprawuje Pani/Pan opiekę nad osobą wskazaną we wniosku (**ze szczególnym uwzględnieniem czynności wykonywanych na rzecz tej osoby**):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy opiekę nad osobą niepełnosprawną sprawuje Pani/Pan samodzielnie?

- tak**
- nie** (jeżeli nie, proszę wymienić osoby pomagające w opiece oraz zakres tej opieki): .....

.....

.....

Czy osoba niepełnosprawna uczęszcza do żłobka / przedszkola / szkoły / na studia / do pracy ?

- nie**
- tak**, (proszę podać nazwę placówki oświatowej/zakładu pracy oraz dni i godziny, w których niepełnosprawny w niej przebywa):

.....

.....

.....

Czy osoba niepełnosprawna bierze udział w dodatkowych zajęciach, rehabilitacji poza nauką / zatrudnieniem?

- nie**
- tak**, (proszę podać rodzaj zajęć oraz dni i godziny w których zajęcia się odbywają):

.....

.....

.....

**Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)