

INFORMACJA
**UDZIELONA PRZEZ OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O ŚWIADCZENIE PIELEGNACYJNE/
SPECJALNY ZASIŁEK OPIEKUŃCZY¹**

I.

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne/specjalny zasiłek opiekuńczy²:

Imię i nazwisko

PESEL..... Stan cywilny.....

Obywatelstwo..... Telefon.....

Miejsce zamieszkania

Miejsce stałego zameldowania.....

II.

Dane osoby, nad którą sprawowana jest opieka:

Imię i nazwisko.....

Stopień pokrewieństwa.....

PESEL..... Stan cywilny.....

Obywatelstwo..... Telefon.....

Miejsce zamieszkania

Miejsce zameldowania

Ustalony stopień niepełnosprawności: (Nr orzeczenia i data ważności)

.....

Ustalony stopień niepełnosprawności małżonka:

.....

III.

Informacje o innych osobach, na których zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym ciąży obowiązek alimentacyjny wobec osoby podopiecznej :.....

(imię i nazwisko osoby wymagającej opieki)

1).....

Imię i nazwisko:

Data urodz.:

Stopień pokrewieństwa:

Adres zameldowania;

Adres zamieszkania;

Stan cywilny:

Liczba osób w rodzinie;

Czy ma orzeczoną niepełnosprawność;

Sytuacja zawodowa;

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Niepotrzebne skreślić.

2).....

Imię i nazwisko:	Data urodz.:	Stopień pokrewieństwa:
.....		
Adres zameldowania;		
.....		
Adres zamieszkania;		
.....		
Stan cywilny:	Liczba osób w rodzinie:	Czy ma orzeczoną niepełnosprawność:
.....		
Sytuacja zawodowa;		

3).....

Imię i nazwisko:	Data urodz.:	Stopień pokrewieństwa:
.....		
Adres zameldowania;		
.....		
Adres zamieszkania;		
.....		
Stan cywilny:	Liczba osób w rodzinie:	Czy ma orzeczoną niepełnosprawność:
.....		
Sytuacja zawodowa;		

4).....

Imię i nazwisko:	Data urodz.:	Stopień pokrewieństwa:
.....		
Adres zameldowania;		
.....		
Adres zamieszkania;		
.....		
Stan cywilny:	Liczba osób w rodzinie:	Czy ma orzeczoną niepełnosprawność:
.....		
Sytuacja zawodowa;		

6. Czy Pani/Pan oraz osoby wymienione w części III, na których ciąży obowiązek alimentacyjny wobec zostały z tego obowiązku zwolnione orzeczeniem sądu ?
 TAK/ NIE

IV.

DOTYCZY WNIOSKODAWCY

1. Czy Pan/Pani posiada ustalony stopień niepełnosprawności? Jeżeli tak to jaki?

2. Czy ma Pan/Pani ustalone prawo do emerytury renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego: TAK NIE

3. Czy Pan/Pani jest zatrudniony/a lub wykonuje inną pracę zarobkową: TAK NIE

Pod pojęciem "zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej", stosownie do art.3 pkt 22 ustawy o świadczeniach rodzinnych należy rozumieć wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą oraz wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych, a także prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej.

4. Do kiedy oraz gdzie był/a Pan/Pani zatrudniony/a lub wykonywał/a inną pracę zarobkową

.....

5. Przyczyny niepodejmowania zatrudnienia; rezygnacji z zatrudnienia³:

.....

6. Czy Pan /Pani posiada status bezrobotnego lub poszukującego pracy?: TAK NIE

7. Czy Pan /Pani posiada gospodarstwo rolne; ubezpieczenie w KRUS, jaki jest tytuł prawny;

wielkość gospodarstwa: TAK NIE

.....

.....

8. Kto prowadzi gospodarstwo rolne; czy korzysta z pomocy innych osób? czy praca rolnika nie koliduje ze sprawowaniem opieki?;

.....

.....

9. Czy Pan/Pani zamieszkuje wspólnie z osobą wymagającą opieki? TAK NIE

Od kiedy jest sprawowana opieka ? Kto wcześniej tę opiekę sprawował ? Wymienić schorzenia podopiecznego. Czy podopieczna/y jest w stanie sam/a wykonać jakiegokolwiek czynności życiowe?

Czy jest osobą leżącą, pampersowaną? Czy zakres pomocy uniemożliwia podjęcie zatrudnienia?

Wymienić czynności wykonywane w ramach opieki i określić ilość godzin niezbędnych do wykonywania tych czynności.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³ Niepotrzebne skreślić.

