

Imię i nazwisko: _____
Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INFORMACJA DODATKOWA NIEZBĘDNA DO USTALENIA UPRAWNIENÍ DO SPECJALNEGO ZASIŁKU OPIEKUŃCZEGO

CZĘŚĆ I. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ

Oświadczam, iż:

1. wykonuję pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą,

TAK / NIE*

2. wykonuję pracę i świadczę usługi na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych

TAK / NIE*

3. prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą

TAK / NIE*

4. moją ostatnią aktywnością zawodową przed podjęciem stałej opieki nad osobą wymagającą opieki _____ było _____ zatrudnienie _____ w _____

/forma aktywności i data jej ustania/

Zatrudnienie ustało na skutek:

5. niepozostawanie w zatrudnieniu jest związane z koniecznością sprawowania osobistej opieki na niepełnosprawnym członkiem rodziny: _____, zwanym/zwaną dalej osobą wymagającą opieki.

6. zamieszkuję wspólnie z osobą wymagającą opieki

TAK / NIE*

7. legitymuję się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w przypadku legitymowania się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności należy przedłożyć jego odpis)

TAK / NIE*

8. mam 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, świadczenia przedemerytalnego lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym

TAK / NIE*

9. mam ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna

TAK / NIE*

CZĘŚĆ II. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY WYMAGAJĄCEJ OPIEKI

1. **Oświadczam,** iż osoba wymagająca opieki jest dla mnie: _____

(stopień pokrewieństwa)

2. **osoba wymagająca opieki** pozostaje w związku małżeńskim (w przypadku pozostawania w związku małżeńskim należy przedłożyć odpis aktu małżeństwa)
TAK / NIE*
3. Współmałżonek osoby wymagającej opieki legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (w przypadku legitymowania się przez małżonka orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności należy przedłożyć jego odpis)
TAK / NIE*
4. osoba wymagająca opieki została umieszczona w rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej spokrewnionej, w rodzinnym domu dziecka albo, w związku z koniecznością kształcenia, rewalidacji lub rehabilitacji, w placówce zapewniającej całodobową opiekę, w tym w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, z wyjątkiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, i korzysta w niej z całodobowej opieki przez więcej niż 5 dni w tygodniu
TAK / NIE*
5. na osobę wymagającą opieki inna osoba ma ustalone prawo do wcześniejszej emerytury;
TAK / NIE*
6. na osobę wymagającą opieki jest ustalone prawo do dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub prawo do zasiłku dla opiekuna
TAK / NIE*
7. na osobę wymagającą opieki inna osoba jest uprawniona za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.
TAK / NIE*

CZĘŚĆ III. ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI

Oświadczam, iż:

1. osoba wymagająca opieki jest osobą leżącą
TAK / NIE*
2. osoba wymagająca opieki porusza się samodzielnie
TAK / NIE*
3. osoba wymagająca opieki je samodzielnie
TAK / NIE*
4. osoba wymagająca opieki jest w stanie samodzielnie zadbać o swoją higienę
TAK / NIE*
5. **opiekę nad osobą wymagającą opieki sprawuję*:**
- **codziennie**
 - **co drugi dzień**
 - **rzadziej**

*** proszę zaznaczyć właściwą opcję**

6. W ramach sprawowanej opieki wykonuję n/w czynności pielęgnacyjno- opiekuńcze

	Nazwa czynności	częstotliwość	uwagi
<input type="checkbox"/>	kąpiel		
<input type="checkbox"/>	mycie włosów		
<input type="checkbox"/>	strzyżenie/golenie		
<input type="checkbox"/>	prowadzenie do toalety		
<input type="checkbox"/>	wymiana pieluchomajtek		
<input type="checkbox"/>	ubieranie/rozbieranie		
<input type="checkbox"/>	przeciwdziałanie odleżynom		
<input type="checkbox"/>	mierzenie ciśnienia tętniczego		
<input type="checkbox"/>	mierzenie poziomu cukru we krwi		
<input type="checkbox"/>	robienie zastrzyków		
<input type="checkbox"/>	podawanie leków		
<input type="checkbox"/>	przygotowywanie posiłków		
<input type="checkbox"/>	karmienie		
<input type="checkbox"/>	umawianie wizyt lekarskich		
<input type="checkbox"/>	wizyty u lekarzy		
<input type="checkbox"/>	realizacja recept		
<input type="checkbox"/>	sporządzanie zakupów		
<input type="checkbox"/>	załatwianie spraw urzędowych		
<input type="checkbox"/>	opłacanie rachunków		
<input type="checkbox"/>	przygotowanie opału/palenie w piecu		
<input type="checkbox"/>	sprzątanie		
<input type="checkbox"/>	udział w terapii		
<input type="checkbox"/>	spacery		
<input type="checkbox"/>	Inne czynności:		

Na czynności związane z opieką nad osobą wymagającą opieki poświęcam średnio _____ godzin dziennie.

Inne okoliczności dotyczące samodzielności osoby wymagającej opieki/uwagi

POUCZENIE

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2019 r. poz. 2086 i 2089) ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom, jeżeli:

1) nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub

2) rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej

– w celu sprawowania stałej 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 stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji

Świadczenia rodzinne przysługują, jeżeli osoby spokrewnione zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenia rodzinne, chyba, że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Art. 233. Kodeksu karnego

§ 1. 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

§ 4a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 4 działa nieumyślnie, narażając na istotną szkodę interes publiczny, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Oświadczam, iż

1. **zapoznałem/am się z niniejszą informacją.**
2. **jestem świadomy/a ciężącego na mnie obowiązku niezwłocznego powiadomienia organu wypłacającego świadczenia rodzinne o zaistnieniu zmian mających wpływ na prawo do świadczenia.**
3. **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego, zgodnie z którym ten, kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 .**

Świadomy celu składania zeznań, oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)