OŚWIADCZENIE na wniosek strony (art. 75 § KPA)

dotyczące złożonego wniosku o przyznanie Świadczenia Pielęgnacyjnego

Ja, niżej podpisany(a) ……...……nr pesel……...……..…….

Zamieszkały(a)…..…… ……...…….……

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 654 ze zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

Oświadczam, że:

1) 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, 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*

8) w skład mojego gospodarstwa domowego wchodzą następujące osoby:
…….....…….……..……..
……..…..……
……..…..……

9) zamieszkuję wspólnie z osobą wymagającą opieki: TAK / NIE*

10) główną przyczyną niepełnosprawności osoby, nad którą sprawuję opiekę jest: ……
……
……

11) Obecnie stan zdrowia ww. osoby przedstawia się następująco: ……..……
……
……
……

12) Czy stan zdrowia ostatnio się pogorszył? TAK / NIE*

13) Czy w związku ze swoją niepełnosprawnością ww. był/była w ostatnim czasie hospitalizowana?

TAK / NIE*

14) Czy osoba niepełnosprawna korzysta z zajęć w ramach środowiskowego domu samopomocy czy terapii zajęciowej?

TAK / NIE*

W przypadku korzystania prosimy o wskazanie nazwy, adresu placówki oraz okresu pobytu w niej

……..……

15) Czy osoba niepełnosprawna kontynuuje naukę? TAK / NIE*

W przypadku nauki w szkole prosimy o wskazanie nazwy, adresu placówki oraz czasu odbywania zajęć. ……...…….

……...……...……

16) Pod opieką jakich lekarzy specjalistów znajduje się chory:
……
……
……

17) Leki przyjmowane na stałe przez osobę niepełnosprawną:
……
……...……

18) Czy wobec osoby niepełnosprawnej realizowane są świadczenia w ramach NFZ np. terapie, konsultacje, rehabilitacje itp.?

TAK / NIE*

Jeśli tak z jaką częstotliwością, ile razy w tygodniu, miesiącu i po ile godzin
……
……...……...…….
……...……

19) Czy osoba niepełnosprawna otrzymuje takie świadczenia z placówek prywatnych TAK / NIE*

Jeśli tak to z jakich i w jakim zakresie i po ile godzin?

……
……..……..…….
……...…

20) Czy towarzyszy Pan/Pani osobie niepełnosprawnej podczas jej terapii, konsultacji, rehabilitacji?

TAK / NIE*

21) Czy niepełnosprawny jest osobą leżącą? TAK / NIE*

22) Czy osoba niepełnosprawna wymaga przebywania w ciągu dnia w pozycji leżącej? TAK / NIE*

Jeśli tak, prosimy o wskazanie ile czasu przebywa w pozycji leżącej w ciągu dnia:

……..……
……..……

23) Czy osoba niepełnosprawna używa pampersów lub pieluchomajtek? TAK / NIE*

24) Czy osoba niepełnosprawna korzysta z przedmiotów ortopedycznych lub innych przedmiotów ułatwiających poruszanie się np. z pomocy kul, balkonika, wózka inwalidzkiego? TAK / NIE*

Jeśli tak, prosimy o wskazanie z jakich: ……..…….……

25) Czy osoba niepełnosprawna korzysta z asysty opiekuna TAK / NIE*

Jeśli tak to prosimy o sprecyzowanie formy tej pomocy……...
……..…….……

26) Czy osoba niepełnosprawna jest w stanie samodzielnie poruszać się po mieszkaniu i poza nim? TAK / NIE*

27) Czy osoba niepełnosprawna jest zdolna do samodzielnego przygotowywania i spożywania posiłków i napoi, dawkowania i przyjmowania lekarstw? TAK / NIE*

Jeśli nie, to dlaczego i to kto zajmuje się powyższymi czynnościami, tzn. przygotowuje posiłki, napoje, leki……..……
……...……
……...……

28) Czy osoba niepełnosprawna wymaga karmienia? TAK / NIE*

29) Czy osoba niepełnosprawna wymaga pomocy w wykonywaniu codziennych czynności takich jak: ubieranie i rozbieranie, poranna toaleta (mycie się, obcinanie paznokci), kąpiel, doprowadzanie i korzystanie z WC? TAK / NIE*

30) Kto zajmuje się realizacją zakupów, załatwianiem spraw urzędowych, wykupywaniem leków w aptece, itp.?……...……

31) Czy niepełnosprawny może pozostać sam w domu? TAK / NIE*

Jeśli tak na jaki czas ……..
……..……..……...

Jeżeli nie, to dlaczego nie może pozostać sama w domu?

……..…….
……...…….……

32) Czy chory podejmuje zachowania nieracjonalne mogące stanowić zagrożenie dla siebie lub otoczenia? TAK / NIE*

Jeśli tak to jakie to zachowania (prosimy o opisanie przykładowych sytuacji) ……..……
……
……

33) Czy ma objawy demencji starczej? TAK / NIE*

34) Proszę o wskazanie konkretnych czynności życia codziennego, które osoba niepełnosprawna wykonuje samodzielnie (m.in. czyta książki, ogląda tv, słucha radia, wychodzi na spacery) ……..……
……
……
……..……
……..……
……..……

35) W jakim stopniu Pan/Pani uczestniczy w procesie leczenia, rehabilitacji i pomocy osobie niepełnosprawnej w związku z jej znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji? Proszę o szczegółowe (godzinowe) wyjaśnienie jakie konkretnie czynności opiekuńcze (poza typowymi, codziennymi czynnościami, czynnościami związanymi z prowadzeniem każdego gospodarstwa domowego) wymagają całkowitej, stałej dyspozycyjności, uniemożliwiając Panu/Pani aktywność zawodową? Jaka jest ich częstotliwość, powtarzalność (codziennie, raz w tygodniu, miesiącu) i ile realnie zajmują czasu w ciągu całej doby?
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……..……..
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……

36) Czy rodzeństwo oraz inne osoby zobligowane do świadczenia obowiązku alimentacyjnego są w stanie w jakikolwiek sposób pomóc Panu/Pani w opiece nad osobą niepełnosprawną? TAK / NIE*

37) Czy osoby te byłyby w stanie współfinansować profesjonalną opiekę? TAK / NIE*

Jeśli tak, to w jakim zakresie?……..……..……

……..……..

Jeśli nie, to z jakich powodów? ……..……...

……..……...……..

38) Jaka jest sytuacja finansowa tych osób (z czego się utrzymują, czy podejmują pracę zarobkową, czy korzystają z pomocy społecznej?)

……

……

……

……

39) Od kiedy (proszę o wskazanie konkretnej daty) opiekuje się Pan/Pani osobą niepełnosprawną w zakresie uniemożliwiającym podjęcie jakiejkolwiek aktywności zawodowej chociażby w niepełnym wymiarze czasu pracy?

……..……

40) Kto sprawował opiekę wobec osoby niepełnosprawnej w okresie wcześniejszym (np. od czasu, w którym ustalono u niej niepełnosprawność lub znaczny stopień niepełnosprawności)

……..……..

……..……..……...…..……

Czy osoba ta egzystowała samodzielnie, bez pomocy osoby drugiej? TAK / NIE*

41) Czy wobec chorego proponowane były ze strony tut. Organu czynności/usługi opiekuńcze?
TAK / NIE*

Czy ktoś z rodziny starał się o realizację takich usług wobec osoby niepełnosprawnej? TAK / NIE*

42) Proszę o wskazanie, jakie posiada Pani/Pan wykształcenie, zawód wyuczony, kwalifikacje zawodowe, umiejętności……

……

……...……

43) Czy wykonuje Pan/Pani pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą? TAK / NIE*

44) Czy wykonuje Pan/Pani pracę i świadczy 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*

45) Czy prowadzi Pan/Pani pozarolniczą działalność gospodarczą TAK / NIE*

46) Proszę o wskazanie Pana/Pani ostatniej aktywności zawodowej przed podjęciem stałej opieki nad osobą wymagającą opieki (forma aktywności, nazwa zakładu pracy, data zakończenia aktywności)
……..……....
……..……..

47) Proszę o podanie powodu ustania zatrudnienia, kto był inicjatorem (pracownik/pracodawca)?
……..……..…..

48) Jak przebiegała cała dotychczasowa Pana/Pani kariera (aktywność) zawodowa, czyli jaką pracę i dokładnie w jakich okresach Pan/Pani wykonywał/a?
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……..……...
……
Prosimy o przedłożenie dokumentacji potwierdzającej w/w okoliczności.

49) Czy obecnie byłby Pan/Pani zainteresowany podjęciem zatrudnienia, gdyby nie deklarowana opieka nad osobą niepełnosprawną? TAK / NIE*

Jeśli tak, to jaką pracę mógłby/mogłaby Pan/Pani wykonywać, gdzie i w jakim wymiarze?
……..……

50) Niepozostawanie w zatrudnieniu jest związane z koniecznością sprawowania osobistej opieki nad niepełnosprawnym członkiem rodziny:……..……..……..…

51) Czy niepodejmowanie zatrudnienia jest spowodowane tylko i wyłącznie stanem zdrowia i opieką nad osobą niepełnosprawną? TAK / NIE*

52) Czy niepodejmowanie zatrudnienia wynika z innych przyczyn, np. wiek, trudności w znalezieniu odpowiedniej pracy, brak wykształcenia i odpowiednich kwalifikacji, swój stan zdrowia? TAK / NIE*

53) Czy kontynuuje Pan/Pani naukę, korzysta z kursów lub szkoleń podnoszących kwalifikacje? TAK / NIE*
Jeśli tak, to prosimy o wskazanie nazwy, adresu placówki oraz czasu pobytu w niej
……

54) Z czego, obecnie Pan/Pani się utrzymuje?
……
……..……

55) Czy Pan/Pani ma 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*
Jeśli tak prosimy o wskazanie jakie to świadczenie ……...
……...…..…

56) Czy Pan/Pani ma ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna? TAK / NIE*

57) Czy korzysta Pan/Pani ze świadczeń z pomocy społecznej? TAK / NIE*

58) Czy aktualnie istnieją jakiekolwiek przeciwwskazania do sprawowania przez Pana/Panią stałej opieki nad osobą niepełnosprawną? TAK / NIE*

59) Czy Pan/Pani legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności? (w przypadku legitymowania się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności należy przedłożyć jego odpis) TAK / NIE*

60) Czy posiada Pan/Pani schorzenia kwalifikujące do umiarkowanego czy znacznego stopnia niepełnosprawności?
TAK / NIE*

Jeśli tak, czy mają one wpływ na sposób sprawowania opieki?
……
……...…….

61) Prosimy o złożenie wyjaśnień związanych ze swoim stanem zdrowia zarówno w momencie zaprzestania aktywności zawodowej jak i aktualnie
……
……..……...…….

POUCZENIE

Świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przysługuje:
1) matce lub ojcu
2) opiekunowi faktycznemu dziecka
3) osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. I wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
4) innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności
- jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu 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 stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeżeli niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała:
1) nie później niż do ukończenia 18. roku życia
2) w trakcie nauki w szkole lub szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25 roku życia.

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 najbliższym, 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 ciążącego na mnie obowiązku niezwłocznego powiadomienia organu wypłacającego świadczenia rodzinne o zaistnieniu zmian mających wpływ na prawo do świadczenia pielęgnacyjnego.
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 .
4. zapoznałem/zapoznałam się z art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 oraz ust. 2b ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 390 ze zm.), według którego osoba, która pobrała nienależnie świadczenia rodzinne, jest obowiązana do ich zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w sytuacji, gdy świadczenia przyznane lub wypłacone zostały na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą te świadczenia.

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

……..……

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

Jestem świadomy/a ciążącego na mnie obowiązku niezwłocznego powiadomienia organu wypłacającego świadczenia rodzinne o zaistnieniu zmian mających wpływ na prawo do świadczenia pielęgnacyjnego.

……..……

(miejscowość, data)

……..……

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Stwierdzam własnoręczność podpisu

.....

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)