

- b. renty tak nie
- c. renty socjalnej tak nie
- d. zasiłku stałego tak nie
- e. nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego tak nie
- f. zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego tak nie
- g. specjalnego zasiłku opiekuńczego
lub świadczenia pielęgnacyjnego tak nie

6. Do kiedy trwało ostatnie zatrudnienie/inna praca zarobkowa oraz z jakiego powodu ono ustało?

a. Data zakończenia zatrudnienia/innej pracy zarobkowej

b. Nazwa oraz adres ostatniego zakładu pracy/pracodawcy

.....

c. powód ustania zatrudnienia/innej pracy zarobkowej

.....

7. Jestem ubezpieczony społecznie w
 (nazwa organu emerytalno-rentowego)

z tytułu

Nie jestem ubezpieczony społecznie.

8. Jestem ubezpieczony zdrowotnie w
 (nazwa instytucji)

z tytułu

Nie jestem ubezpieczony zdrowotnie.

9. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy.

Nie jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy.

10. Proszę podać przyczyny rezygnacji z zatrudnienia/innej pracy zarobkowej bądź niepodejmowania zatrudnienia/innej pracy zarobkowej.

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

11. Czy w chwili obecnej szuka Pan/Pani pracy? (proszę podać sposób poszukiwania pracy, np. za pośrednictwem urzędu pracy, znajomych, rodziny, na własną rękę, itp)

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

12. Czy w przypadku pojawienia się propozycji pracy spełniającej Pana/Pani oczekiwania skorzystałby/skorzystałaby Pan/Pani z tej propozycji (proszę podać kto wówczas przejąłby sprawowanie opieki nad osobą niepełnosprawną)

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

13. Od kiedy sprawuje Pan/Pani opiekę nad osobą niepełnosprawną, na którą wnioskuje Pan/Pani o świadczenie pielęgnacyjne?

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

14. Czy opiekuje się Pan/Pani inną osobą niepełnosprawną? (jeśli tak proszę podać wiek, stopień niepełnosprawności i pokrewieństwo tej osoby)

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

15. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o grupie inwalidzkiej, o niezdolności do pracy, inne, jeżeli tak proszę załączyć je do wniosku)

- tak, posiadam
(wpisać rodzaj oraz stopień orzeczenia)
- nie posiadam

16. Czy opiekę nad osobą niepełnosprawną sprawuje Pan/Pani samodzielnie? **(jeżeli nie, proszę wymienić pozostałe osoby sprawujące opiekę oraz zakres tej opieki)**

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

17. Czy przed objęciem przez Pana/Panią opieki nad osobą niepełnosprawną opiekę tę sprawowała inna osoba? **(jeśli tak, proszę podać kto i dlaczego nie sprawuje tej opieki w chwili obecnej)**

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

18. Proszę opisać w jaki sposób sprawuje Pan/Pani opiekę nad osobą wymagającą opieki **(ze szczególnym uwzględnieniem czynności związanych z niepełnosprawnością osoby).**

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

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

CZĘŚĆ B. OŚWIADCZENIA (WYPEŁNIA OSOBA INNA NIŻ SPOKREWNIONA W PIERWSZYM STOPNIU Z OSOBĄ WYMAGAJĄCĄ OPIEKI, NA KTÓREJ CIĄŻY OBOWIĄZEK ALIMENTACYJNY, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy)

19. Czy rodzice osoby wymagającej opieki:

- nie żyją
- zostali pozbawieni praw rodzicielskich
- są małoletni
- legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- Inne **(proszę wskazać przyczyny niemożności sprawowania opieki)**

.....
.....

.....
podpis osoby składającej oświadczenie