

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y/
zam.

legitymująca/y/ się dowodem osobistym nr /lub PESEL/

Oświadczam, że uprzedzono mnie o:

- odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 § 1 Kodeks karny (Dz.U. z 2019r., poz. 1950) : *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub winnym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6miesięcy 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*

Świadoma/y/ odpowiedzialności karnej wskazanej powyżej, niniejszym oświadczam, że :

Stan zdrowia osoby wymagającej opieki jest następujący : (np. opisać przebyte choroby, terapie itp.)

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

Zakres sprawowania mojej opieki nad osobą niepełnosprawną :

- pomagam w wykonywaniu przez osobę niepełnosprawną czynności samoobsługowych takich jak:

1. załatwianie potrzeb fizjologicznych (w tym prowadzenie do toalety)

☐ tak, ☐ nie

2. wykonywanie zabiegów toaletowych (kąpiel, podmywanie, mycie zębów lub protezy, moczenie nóg)

☐ tak, ☐ nie

3. pomoc w ubieraniu się

☐ tak, ☐ nie

4. pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie

☐ tak, ☐ nie

5. dawkowanie i podawanie leków

☐ tak, ☐ nie

6. zmiana pieluchomajtek (tzw. pampersowanie)

☐ tak, ☐ nie

*** UWAGA:** przy zaznaczeniu pozycji ☐ **tak** w miejscu wykropkowanym należy wpisać np. : codziennie, 1 raz dziennie, 2 razy dziennie itd. ..., 1 raz w tygodniu, 2 razy w tygodniu itd. ..., 1 raz w miesiącu , 2 razy w miesiącu itd. ..., w zależności od potrzeb, w zależności od stanu osoby niepełnosprawnej, lub wpisać inną częstotliwość

- pomagam w prowadzeniu przez osobę niepełnosprawną gospodarstwa domowego przez :

1. przygotowywanie posiłków

☐ tak, ☐ nie

2. robienie zakupów

☐ tak, ☐ nie

3. sprzątanie

☐ tak, ☐ nie

4. pranie, prasowanie,

☐ tak, ☐ nie

5. zamawianie i realizacja recept lekarskich

☐ tak, ☐ nie

6. opłacanie rachunków, załatwianie spraw urzędowych

☐ tak, ☐ nie

7. zapewnienie opału i ogrzania mieszkania

☐ tak, ☐ nie,

- pomagam osobie niepełnosprawnej poruszać się w środowisku przez:

1. pomoc we wstawaniu z łóżka

☐ tak, ☐ nie

2. przewracanie na inny bok, działanie przeciw odleżynom

☐ tak, ☐ nie

3. pomoc w poruszaniu się po mieszkaniu

☐ tak, ☐ nie

4. pomoc w poruszaniu się w środowisku zamieszkania, zapewnianie kontaktu z otoczeniem (np. spacer, kontakty z rodziną, zapewnienie potrzeb religijnych)

☐ tak, ☐ nie

5. zamawianie domowych wizyt lekarskich, towarzyszenie w wyjazdach do lekarza

☐ tak, ☐ nie

6. pomoc w korzystaniu z publicznych środków lokomocji

☐ tak, ☐ nie

7. zapewnienie transportu (np. na wizyty lekarskie)

☐ tak, ☐ nie

*** UWAGA:** przy zaznaczeniu pozycji ☐ tak w miejscu wykropkowanym należy wpisać np. : codziennie, 1 raz dziennie, 2 razy dziennie itd. ..., 1 raz w tygodniu, 2 razy w tygodniu itd. ..., 1 raz w miesiącu , 2 razy w miesiącu itd. ..., w zależności od potrzeb, w zależności od stanu osoby niepełnosprawnej, lub wpisać inną częstotliwość

- wykonuję przy osobie niepełnosprawnej czynności pielęgnacyjne takie jak :

1. strzyżenie, obcinanie paznokci, czesanie

☐ tak..... ☐ nie

2. wykonywanie pomiarów ciśnienia / poziomu cukru / podanie insuliny

☐ tak, ☐ nie

3. wykonywanie masażu ciała

☐ tak, ☐ nie

4. smarowanie maściami/ kremami przeciw odparzeniom, odleżynom / oklepywanie

☐ tak, ☐ nie

5. wykonywanie i zmiana opatrunków

☐ tak, ☐ nie

6. zapewnienie sprawności fizycznej / wykonywanie ćwiczeń rehabilitacyjnych lub innych

☐ tak, ☐ nie

7. zapewnienie ćwiczeń rozwijających mowę, czytanie, pisanie i logiczne myślenie

☐ tak, ☐ nie

8. układanie do snu / czuwanie podczas snu

☐ tak, ☐ nie

*** UWAGA:** przy zaznaczeniu pozycji ☐ **tak** w miejscu wy kropkowanym należy wpisać np. : codziennie, 1 raz dziennie, 2 razy dziennie itd. ..., 1 raz w tygodniu, 2 razy w tygodniu itd. ..., 1 raz w miesiącu , 2 razy w miesiącu itd. ..., w zależności od potrzeb, w zależności od stanu osoby niepełnosprawnej, lub wpisać inną częstotliwość

- wykonuje przy osobie niepełnosprawnej INNE czynność nie wymienione wyżej, takie jak :

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

- czy osoba niepełnosprawna porusza się samodzielnie czy jest osoba leżącą ? :

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

- czy osoba niepełnosprawna wymaga także opieki w ciągu nocy ? :

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

- czy osoba niepełnosprawna korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego, w tym ze sprzętu ortopedycznego umożliwiającego jej samodzielną egzystencję:

☐ tak, ☐ nie,

jeśli tak jakiego:

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

- w jakim wymiarze czasu, rozmiarze opieka jest wykonywana:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- czy sprawowanie tej opieki uniemożliwia podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej:

☐ tak ☐ nie, Jeśli tak lub nie to dlaczego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

Niniejszym stwierdzam, że oświadczenie podpisał/a/

Pan/i/ **zam.** **12-100 Szczytno**

.....
/czytelny podpis pracownika/