

Czy osoba z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, Pan/Pani ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

1.	korzysta z usług opiekuńczych w ramach pomocy realizowanej w CUS?	Tak ☐ / Nie ☐
2.	korzysta ze świadczenia wspierającego? (wsparcie finansowe z ZUS dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami, które ukończyły 18 lat, mają decyzję o potrzebie wsparcia z WZON (poziom od 70 do 100 punktów)?	Tak ☐ / Nie ☐
3.	wymaga opieki całodobowej (całkowicie zależna od pomocy opiekuna – osoba leżąca)?	Tak ☐ / Nie ☐
4.	wymaga opieki stałej (częściowo zależna od pomocy opiekuna- wspieranie w czynnościach dnia codziennego)?	Tak ☐ / Nie ☐

Czy Pan/Pani jako osoba ubiegająca się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

1.	jest osobą pracującą/uczącą się?	Tak ☐ / Nie ☐
2.	pobiera świadczenie pielęgnacyjne z tyt. opieki nad osobą na którą ubiega się Pan/Pani o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej?	Tak ☐ / Nie ☐
3.	posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? (jeśli „TAK” proszę dołączyć wraz z kartą zgłoszenia)?	Tak ☐ / Nie ☐
4.	opiekuje się Pan/Pani innymi osobami zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym, <u>posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności?</u> (jeśli „TAK” proszę dołączyć wraz z kartą zgłoszenia)?	Tak ☐ / Nie ☐
5.	opiekuje się Pan/Pani innymi osobami zamieszkującym we wspólnym gospodarstwie domowym, <u>NIE posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności?</u>	Tak ☐ / Nie ☐

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.
Jest mi znana odpowiedzialność karna za składanie fałszywych oświadczeń, wynikająca z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej)