

Lp.	Zakres sprawowanej opieki nad osobą niepełnosprawną ustalony w celu przyznania świadczenia pielęgnacyjnego / specjalnego zasiłku opiekuńczego .*
1	Czy Pan/Pani ma ograniczoną zdolność ruchową (jeśli tak, opis)
2	Czy Pan/Pani wymaga asekuracji w przemieszczaniu się w obrębie domu, mieszkania lub poza nim (jeśli tak, opis)
3	Czy Pan/Pani wymaga pomocy przy przygotowywaniu posiłków (jeśli tak, opis).....
4	Czy Pan/Pani wymaga pomocy przy spożywaniu posiłków (jeśli tak, opis).....
5	Czy Pan/Pani wymaga pomocy w przyjmowaniu i aplikacji leków (jeśli tak, opis)
6	Czy Pan/Pani wymaga pomocy w wykonywaniu porannej i wieczornej toalety (jeśli tak, opis)
7	Czy Pan/Pani wymaga pomocy przy kąpieli, ubieraniu się (jeśli tak, opis)

8	Czy Pan/Pani wymaga pomocy przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych (jeśli tak, opis)
9	Czy Pan/Pani korzysta ze środków higienicznych (np. pampersy, jeśli tak, opis)
10	Czy Pan/Pani wymaga domowych wizyt lekarskich, czy Pan/Pani leczy się w poradniach specjalistycznych, jeżeli tak to w jakich, jak często odbywają się te wizyty)
11	Czy Pan/Pani wymaga pomocy w załatwieniu spraw urzędowych (jeśli tak, opis)
12	Czy Pan/Pani wymaga pomocy w płaceniu rachunków (jeśli tak, opis)
13	Czy Pan/Pani wymaga pomocy w robieniu zakupów (jeśli tak, opis)
14	Czy Pan/Pani wymaga pomocy w robieniu porządków, sprzątanie, pranie, itp. (jeśli tak, opis)

15	Ile czasu sprawowana jest opieka nad osobą wymagającą opieki w ciągu doby (opis z podaniem ilości godzin)
16	Czy osoba sprawująca opiekę wykonuje czynności pielęgnacyjne związane bezpośrednio z osobą wymagającą opieki, wymagających ciągłej obecności i pomocy w podstawowych czynnościach życiowych np. karmienia przez sondę, leczenia ran, odleżyn, pielęgnacji przetok, stomii itp. (jeśli tak, opis)
17	Inne (opis)
18	Inne (opis)
19	Inne (opis)
20	Inne (opis)

Dąbrowa Górnicza, dn.

.....
 podpis

* - niepotrzebne skreślić