

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem
przez osobę ubiegającą się o niepełnosprawność dziecka

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek stały :

.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

I. Zakres sprawowanej opieki o pielęgnacji :

1. dziecko jest leżące , porusza się : samodzielnie* , o kulach* , na wózku inwalidzkim* , z pomocą drugiej osoby* ;
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie* , jest karmione przez drugą osobę* , wymaga stosowania specjalnej diety* (jakiej?)
.....
.....
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
.....
.....
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia* , tygodnia* , miesiąca* , ;
.....
.....
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu* , poza domem* , w tygodniu* , miesiącu* ,
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza* , nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego* , integracyjnego* , specjalnego* w wymiarze.....
godzin dziennie* , tygodniowo*
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej* , integracyjnej* , specjalnej* - samodzielnie* , niesamodzielnie , w wymiarze.....godzin tygodniowo;
Korzysta* , nie korzysta* , z nauczania indywidualnego w wymiarze.....
godzin dziennie* , tygodniowo* ;
3. Korzysta* , nie korzysta ze świetlicy szkolnej* , stołówki szkolnej* .

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Data

.....
podpis osoby ubiegającej się
o zasiłek

* niepotrzebne skreślić

