

**INFORMACJA**  
**o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem**  
**przez osobę ubiegającą się zasiłek stały**

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 za świetlicy szkolnej\* , stołówki szkolnej\*.

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....

Data

.....

podpis osoby ubiegającej się  
o zasiłek stały

\* niepotrzebne skreślić