

Nr sprawy

.....
(miejscowość i data)

**WNIOSEK
W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osoby, która nie ukończyła 16 roku życia)**

Imię dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 | Miejsce urodzenia: _____

Nr PESEL dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dokument stwierdzający tożsamość dziecka (nr aktu urodzenia lub legitymacji szkolnej): _____

Adres zameldowania na pobyt stały dziecka: kod

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

Miejscowość ul.

(podać nr domu/ mieszkania)

Adres miejsca pobytu dziecka:

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic, opiekun prawny):

Imię:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 | Miejsce urodzenia: _____

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dokument stwierdzający tożsamość (dowód osobisty): seria

--	--	--	--

 nr

--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania na pobyt stały: kod

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 | Miejscowość _____

ul. Nr tel.

Adres do korespondencji:

**Powiatowy Zespół do spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
al. Niepodległości 37
64-920 PIŁA**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:*

- 1/uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 2/uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
- 3/zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 4/uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- 5/korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- 6/ innych (wymienić jakich)

Oświadczam, że:

1/ dziecko pobiera / pobierało* zasiłek pielęgnacyjny w okresie od
do

2/ składano / nie składano* uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli
tak, to gdzie i kiedy
i z jakim skutkiem

3/ **na posiedzenie składu orzekającego*** :

- dziecko przybędzie,
- dziecko nie może przybyć (w tym przypadku należy załączyć **zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu przedkładam*:

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.
2. Kserokopie (i oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej,
tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki
opisowe RTG, MR, TK, badania psychologiczne, inne.....
.....

UWAGA!

**Wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dziecka
można złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**

.....
czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego dziecka

* właściwe podkreślić

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji nad dzieckiem

Imię i nazwisko dziecka.....
Nr PESEL dziecka
Data i miejsce urodzenia dziecka
Adres zamieszkania dziecka.....

I. Zakres sprawowanej opieki i 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 żłobka* do przedszkola:
ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego* w wymiarze..... godzin
dziennie*, tygodniowo*;
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*, ogólnodostępnej z internatem*
integracyjnej*, specjalnej*, specjalnej z internatem*, ośrodka szkolno-
wychowawczego *
- 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.

.....
Podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić

BIP

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osoby poniżej 16 roku życia)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (w załączeniu):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

W/w osoba wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w osoba jest niezdolna do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**

TAK / NIE*

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne tylko 30 dni.