

Nr sprawy PZON.4110.....201...

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- dla osób ubiegających się po raz pierwszy o wydanie orzeczenia dziecku
- dla osób ubiegających się o ponowne wydanie orzeczenia dziecku niepełnosprawnemu
- dla osób ubiegających się o zmianę orzeczenia o w związku ze zmianą stanu zdrowia dziecka

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr PESEL dziecka.....

Data urodzeniamiejsce urodzenia

Numer aktu urodzenia (lub legitymacji szkolnej lub paszportu lub innego dok. tożsamości).....

Adres zameldowania dziecka.....

Adres miejsca pobytu (powyżej dwóch miesięcy)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr PESELseria i nr dokumentu tożsamości

Data urodzeniamiejsce urodzenia

Adres zameldowania

Adres miejsca pobytu (powyżej dwóch miesięcy)

Adres do korespondencji

Numer telefonu.....adres e-mail

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Oławie**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (właściwe podkreślić):

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- innych (podać jakich).....

Oświadczam, że:

- 1.dziecko pobiera zasiłek pielęgnacyjny/nie pobiera zasiłku pielęgnacyjnego*
- 2.składano/nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności*
jeżeli tak, to kiedy..... z jakim skutkiem.....
orzeczenie ważne jest/było* do dnia
- 3.dziecko może/nie może* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
- 4.w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

Do wniosku należy załączyć posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.
--

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

INFORMACJA
o zakresie opieki sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się
o świadczenie pielęgnacyjne

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia 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 rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu/poza domem* w ciągu dnia/tygodnia/miesiąca*.....

5. 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 wymiarzegodzin dziennie / tygodniowo*

2. Dziecko uczęszcza do szkoły:
ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej / samodzielnie / niesamodzielnie*
w wymiarzegodzin tygodniowo

3. Korzysta/nie korzysta* z nauczania indywidualnego
w wymiarze.....godzin tygodniowo

4. Korzysta / nie korzysta* ze świetlicy szkolnej / stołówki*

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data i podpis osoby ubiegającej się
o świadczenie pielęgnacyjne

* niepotrzebne skreślić

Przedstawiciel ustawy dziecka niepełnosprawnego może ubiegać się o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia. W przypadku gdy załączona dokumentacja oraz badanie nie wskazują na zmianę stanu zdrowia, skład orzekający wydaje orzeczenie o odmowie wydania orzeczenia (zgodnie z § 15 ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).

.....
(miejscowość i data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności**

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... adres zamieszkania.....

Numer i seria dowodu tożsamości

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Choroby współistniejące

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie

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

4. Opis aktualnego stanu przedmiotowego

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie

.....
.....
.....
6. **Używane urządzenia protetyczne, pomoce techniczne, ewentualne zapotrzebowanie w tym zakresie**
.....
.....

7. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania, stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia**
.....
.....

8. **Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**
.....
.....

9. **Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (podać rok).....**

10. **Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (podać rok).....**

11. **Pacjent wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji TAK/NIE***

Pacjent jest:*

- a) zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego, *
- b) zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej, *
- c) niezdolny/a do osobistego udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, co potwierdza załączona dokumentacja leczenia*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić