

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy data

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Numer aktu urodzenia dziecka lub numer legitymacji szkolnej

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka

do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Środzie Śląskiej

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

- zasiłku pielęgnacyjnego;
- inne (jakie ?)

Oświadczam, że :

1. dziecko pobiera / pobierało * zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy
z jakim skutkiem
3. dziecko może / nie może * przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenia lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby);
4. w razie stwierdzenia 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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 1997 Nr 133 poz. 883 ze zm.) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Zespół.

Do wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną :

np. karty informacyjne, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna, wyniki testów, opisy badań RTG, USG itp.

.....
podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka

*niepotrzebne skreślić

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

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek

Imię dziecka..... ur.

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*, miesiącu*
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

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość

Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb**

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

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

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny zdrowia dziecka (w załączeniu)

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenia