

**WNIOSEK O WYDANIE
ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nr sprawy PZ 8211/ZP- /200 dnia.....

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia

Seria i nr dokumentu tożsamości dziecka

Adres zameldowania dziecka

Adres miejsca pobytu

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Data i miejsce urodzenia

Seria i nr dokumentu tożsamości

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego

Adres miejsca pobytu

Numer telefonu

***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 załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

**W związku ze złożeniem wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
stosownie do treści art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych
(tekst jednolity Dz. U. z 2002r nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie
moich danych osobowych aktualnie i w przyszłości.**

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

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

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o świadczenie pielęgnacyjne.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

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

*właściwie podkreślić

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(ważne 1 miesiąc od daty wystawienia)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.....
.....
.....

4. Rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.....
.....
.....

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

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

.....
pieczętka i podpis lekarz wystawiającego zaświadczenie