

UWAGA!

Należy czytelnie wypełniać wszystkie pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy PCPR-PZO.720. .D.201... dnia

Imię/imiona i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka / / / / / / / / / / / / /

Seria i Nr dokumentu tożsamości oraz jego rodzaj

(dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna, odpis skrócony aktu urodzenia)

Data i miejsce urodzenia dziecka

Obywatelstwo

Adres zamieszkania dziecka

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Adres pobytu dziecka

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Data i miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego

Obywatelstwo

Seria i Nr dokumentu tożsamości oraz jego rodzaj

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka / / / / / / / / / / / / /

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Adres pobytu przedstawiciela ustawowego dziecka

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Numer telefonu. kontaktowego

**Do Powiatowego Zespołu do spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Stalowej Woli**

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

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłku pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> | świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> uzyskania urlopu wychowawczego
w dodatkowym wymiarze | <input type="checkbox"/> | korzystanie z innych ulg i uprawnień
na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddz. pokoju | <input type="checkbox"/> | inne (jakie?) |

Cel podstawowy złożenia wniosku /**proszę zaznaczyć JEDEN cel**:/

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłku pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> | świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> uzyskania urlopu wychowawczego
w dodatkowym wymiarze | <input type="checkbox"/> | korzystanie z innych ulg i uprawnień
na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddz. pokoju | <input type="checkbox"/> | inne (jakie?) |

UWAGA!

Należy czytelnie wypełniać wszystkie pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

Oświadczam, że:

1. Składano / nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności;
jeżeli składano, to z jakim skutkiem: orzeczenie Nr ważne do
2. Dziecko może / nie może* przybyć na badanie przedmiotowe
(jeżeli nie może, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
3. Sytuacja społeczno-zawodowa dziecka:
 dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do żłobka
 dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do przedszkola:
 ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego*
w wymiarze godzin tygodniowo
4. Dziecko uczęszcza do:
 szkoły ogólnodostępnej /z internatem*/
 szkoły integracyjnej /oddział integracyjny*/
 szkoły specjalnej /z internatem*/
 szkoły specjalnej - oddział specjalny*,
 ośrodka szkolno-wychowawczego*
- samodzielnie*, niesamodzielnie*, w wymiarze godzin tygodniowo,
 - Korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego, w wymiarze godzin tygodniowo
 - Korzysta / nie korzysta* ze: świetlicy szkolnej, stołówki szkolnej.
 - Korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego: TAK - rodzaj NIE
5. 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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. 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 świadom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
8. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Do wniosku dołączam:

1. **oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana;
2. **uwierzytelnione kserokopie** posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, karty wizyt u lekarza rodzinnego lub/i specjalisty/ów w przychodni, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe badań RTG, RM, KT, USG, zaświadczenia lekarzy specjalistów (**w oryginale**) i inne dokumenty medyczne;
3. **kserokopia** odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu) lub kserokopia innego dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka (oryginał do wglądu).

wniosek składany:

- po raz pierwszy
- z powodu pogorszenia stanu zdrowia
- z powodu upływu ważności orzeczenia

* niepotrzebne skreślić

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka¹

¹ w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego

UWAGA!

Należy czytelnie wypełniać wszystkie pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

Miejscowość

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA¹
wydane dla potrzeb Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli
(wypełnia tylko **j e d e n** lekarz)

Imię nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (tylko 1 rozpoznanie i w języku polskim):

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów, 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 stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

.....

.....

7. Czy u w/w dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia (*dotyczy ubiegających się o ponowne orzeczenie*) TAK NIE

dodatkowe uwagi lekarza wystawiającego zaświadczenie

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

¹ Zaświadczenie ważne jest **30 dni** od dnia jego wystawienia.

Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza powoduje nieważność zaświadczenia

UWAGA!

Należy **czytelnie** wypełniać **wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

INFORMACJA

*o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem
przez osobę ubiegającą się o orzeczenie o niepełnosprawności*

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o orzeczenie

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

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, itp.).....
.....
.....
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: w tygodniu w miesiącu
- poza domem: w tygodniu w miesiącu

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsce

.....
data

.....
podpis osoby ubiegającej się
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności