

Wniosek
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
(wniosek proszę wypełnić drukowanymi literami!!!)

Imię i nazwisko dziecka
Data i miejsce urodzenia dziecka
Nr PESEL dziecka
Seria i nr dokumentu tożsamości dziecka.
Obywatelstwo dziecka
Adres stałego zameldowania dziecka.....
Adres pobytu dziecka.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko.....
Nr PESELNr i seria dowodu osobistego.....
Adres zameldowania/pobytu.....
Adres korespondencji.....
Nr telefonu.....

Komisja: pierwszorazowa
 kolejna
 kontynuacja
 pogorszenie stanu zdrowia

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Szprotawska 28, 68-100 Żagań,
tel. 68 3 77 2 4 3 0 l u b 6 8 3 7 7 3 6 0 3

Zwracam się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka dla celów:

- 1/ zasiłku pielęgnacyjnego,
- 2/ inne (jakie?)

Oświadczam, że:

1. składano (nie składano)* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, (kiedy i z jakim skutkiem.....), podać datę wydania orzeczenia o niepełnosprawności, do kiedy je wydano..... oraz nazwę organu orzeczniczego.....
2. 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),
3. 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 świadoma/świadomy* wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie,
4. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/świadomy* poniesienia odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Pouczenie: W myśl art 24 Ustawy o ochronie danych osobowych każdy ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego
dziecka

* niepotrzebne skreślić

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (oryginał),
2. Posiadaną dokumentację medyczną,
3. Orzeczenie o niepełnosprawności (kserokopia),
4. inne posiadane dokumenty, podać jakie:

.....
Uwaga: Dokumentację medyczną stanowią: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań rtg, usg, itp. w zależności od schorzenia (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

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

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zameldowania 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, załatwienie 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 przedszkola: ogólnodostępnego/integracyjnego specjalnego* (w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*)
2. dziecko uczęszcza do: szkoły ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej* - samodzielnie/niesamodzielnie* (w wymiarze godzin tygodniowo)
3. Korzysta/nie korzysta*: z nauczania indywidualnego (w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*)
4. Korzysta/nie korzysta*: ze świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem:

data:

podpis osoby ubiegającej się o zasiłek

* niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

/wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności/

Imię i nazwisko:.....
Data urodzenia.....PESEL

Adres zamieszkania.....
1. rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

2.przebieg schorzenia podstawowego- początek /ustalony na podstawie dokumentacji/, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

3.uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

4.ocena wyników leczenia, rokowania / 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 Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji. **TAK/NIE**

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności. **TAK/NIE**

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego

Uwaga: zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia