Nr sprawy PZON.4110. .20

data wpływu i podpis osoby przyjmującej wniosek

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 urodzenia …… miejsce 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 PESEL …… seria i nr dokumentu tożsamości ……

Data urodzenia …… miejsce 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 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 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 ustawowy 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)

Pieczątka zakładu
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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*.

……
pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić