

Nr sprawy:
wypełnia pracownik

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUCKU

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznacz właściwe pole):

- po raz pierwszy
 w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, lub 3 miesiące, u osób kończących 16 rok życia**)
 w związku ze zmianą stanu zdrowia (*przy aktualnie ważnym orzeczeniu*)

Dane dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dok. tożsamości Obywatelstwo

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania

Adres pobytu

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego Obywatelstwo

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania

Adres pobytu

Adres e-mail Telefon

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW

(zaznacz właściwe pole):

- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
 uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
 zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
 uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
 korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
 inne (jakie?).....

Cel główny:

Oświadczam, że:

1. Dziecko **pobiera / pobierało** * zasiłek pielęgnacyjny do dnia.....
2. **Składano / nie składano** * uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności,
3. jeżeli tak, to kiedy?....., z jakim skutkiem?.....
4. Dziecko **może / nie może** * przybyć na badanie przedmiotowe (*jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby*).
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, 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.

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

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji :

- a. Dziecko jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby *
- b. Przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety (jakiej)*
.....
- c. Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się , ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
.....
- d. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
- e. Rodzaj i częstotliwość zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
.....
- f. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu:
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka :

- a. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola: ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego, w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*.
- b. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej samodzielnie / niesamodzielnie, w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*.
- c. Dziecko korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo)*.
- d. Dziecko korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej*.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,
2. kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań, historie choroby, itp., wraz z oryginałami do wglądu, lub kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem (pieczęć instytucji, czytelny podpis, data)
3. kopie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające,
4. odpis aktu urodzenia.

.....
data i miejscowość

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania
o Stopniu Niepełnosprawności

(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia, oraz musi zawierać stempel podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpis lekarza, datę i dane osobowe pacjenta.)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria legitymacji szkolnej PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE *

12. W/w dziecko **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

13. U w/w dziecka **nastąpiło / nie nastąpiło *** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich. (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie).

14. Czy w/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem osobistego udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności?

NIEZDOLNE / ZDOLNE *

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć