

Nr sprawy (номер справи):
wypełnia pracownik (заповнює працівник)

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUCKU
(Внесок про видання рішення про інвалідність до Повітової комісії до справ в
виданню рішення про інвалідність)**

Dane dziecka (інформація про дитину)

Imię i nazwisko (ім'я і
прізвище)

Data i miejsce urodzenia (дата
і місце проживання)

Nr i seria dok. Tożsamości Obywatelstwo
(номер і серія паспорту) gromadzanstwo

Pesel (песель) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres stałego pobytu (адрес
постійного проживання)

Dane przedstawiciela ustawowego:

Інформація опікуна правного:

Imię i nazwisko (ім'я і
прізвище)

Data i miejsce urodzenia (дата
і місце народження)

Nr i seria dowodu osobistego Obywatelstwo
(номер і серія паспорту) (громадянство)

Pesel (песель) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telefon (телефон).....

Adres stałego pobytu (адрес
спостійного проживання)

Adres e-mail (адрес мейл)

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA

CELÓW (zaznacz właściwe pole):

Звертаюся з проханням про видачу рішення про інвалідність для таких цілів :(зазнач поле)

- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego (для отримання допомоги по догляду)
- uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego (для отримання виплат по догляду)
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (проживання в окремій кімнаті)
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze (отримання відпустки по догляду за дитиною в додатковій сумі)
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (використання інших пільг та прав на підставі окремих нормативних актів)
- inne (jakie?) (інші)

Cel główny (головна ціль):.....

Oświadczam, że(освідчую, що)

1. Dziecko **pobiera / pobierało** * zasiłek pielęgnacyjny do dnia (Дитина **отримує/отримувала** допомогу по догляду до дня)
.....
2. **Składano / nie składano** * uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, (раніше подано/не подано заяву на отримання рішення про інвалідність)
3. jeżeli tak, to kiedy?(якщо так ,то коли)
.....

4. jakim skutkiem ?(з яким кінцевим рішенням)

4.

5. Dziecko **może / nie może** * przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).

(Дитина може / не може * прийти на медогляд (якщо ні, додайте медичну довідку яка підтверджує про неможливість взяти участь у зв'язку з тривалою і відсутністю ознак поліпшення захворюванням).

6. 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.

У разі необхідності проведення додаткових оглядів, консультацій спеціалістів чи лікарняних спостережень від комісії, що доповнюють довідку про стан здоров'я, виданим лікарем який не є лікарем медичного страхування, мені відомо про вимогу нести витрати за мій власний рахунок

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

(Відомості про обсяги опіки за дитиною та догляду за дитиною, яку надає особа, яка претендує на отримання допомоги по догляду за дитиною)

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji :

a. Dziecko jest leżące (**дитина лежача**) / porusza się samodzielnie (**рухається самостійно**) / porusza się o kulach (**рухається за допомогою милиць**)/ na wózku inwalidzkim (**на інвалідному візку**) / z pomocą drugiej osoby (**за допомогою іншої особи**) *

b. Przyjmuje pokarmy samodzielnie (**їсть самостійно**) / jest karmione przez drugą osobę (**кормить інша особа**)/ wymaga stosowania diety (jakiej) (**вимагає застосування дієти ,якщо так то яка**)

.....

c. Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się , ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
Тип обмеження інших видів діяльності (наприклад, умивання, одягання, догляд за фізіологічними чинностями)

.....

d. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
(Вид і частота косметичних процедур, що проводяться протягом дня)

.....

e. Rodzaj i częstotliwość zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
(Вид і частота реабілітаційних та лікувальних процедур, що проводяться вдома та поза домом протягом дня, тижня та місяця)

.....

f. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu:
(Частота медичних відвідувань вдома, поза домом, протягом тижня та місяця):

.....

II. Sytuacja społeczna dziecka (ситуація соціальна дитини):

- a. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola (**дитина ходить/не ходить до садка**): ogólnodostępnego (**загальнодоступного**)/ integracyjnego (**інтеграційного**) / specjalnego, w wymiarze (**спеціального в вимірі**) godzin dziennie / tygodniowo (**годин в день/в тиждень**)
- b. Dziecko uczęszcza (**дитина ходить**) / nie uczęszcza (**не ходить**) do szkoły ogólnodostępnej (**до школи загальнодоступної**) / integracyjnej (**інтеграційної**) / specjalnej samodzielnie / niesamodzielnie (**спеціальної самостійно/несамостійно**), w wymiarze (**в вимірі**)..... godzin dziennie / tygodniowo (**годин в день/тижнів**)
- c. Dziecko korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo)*. (**Дитина потребує індивідуального навчання в вимірі...годин в день/в тиждень**)*.
- d. Dziecko korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej *. (**Дитина відвідує/не відвідує групу продовженого дня/з їдальні в школі**)

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

Заявляю ,що дані які знаходяться в заяві є правдою і знаю про відповідальність,в разі написання неправди або приховування правди.

Wymagane załączniki (вимаганий пакет документів)

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku (довідка від лікаря про стан здоров'я не раніше ніж за 30 днів до написання заяви)
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)**
Копії медичної документації, яка підтверджує актуальний стан здоров'я, тобто виписки з лікарні ,описи аналізів, історія хвороби тощо, разом з оригіналами для перевірки, або копії, завірені на згідність оригіналом (печатка установи, розбірливий підпис, дата)
3. **kopie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające,(копії рішень про інвалідність видані комісією)**
4. **odpis aktu urodzenia (свідоцтво про народження)**

.....
Data i miejscowość
(дата і місто)

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka
(підпис опікуна правного)

* niepotrzebne skreślić

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

(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.)

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

.....
.....

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

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

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

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE***

U w/w dziecka **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić