

UWAGA!

Osoby, które składają wniosek w celu przedłużenia orzeczenia o niepełnosprawności, powinny go złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności aktualnego orzeczenia (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23.12.2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności §1 pkt 6)

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr PESEL dziecka.....Obywatelstwo.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Imię nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....Nr i seria dowodu.....

Obywatelstwo.....Numer telefonu.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostródzie

Kościuszki 2 14-100 Ostróda

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

1. zasiłku pielęgnacyjnego,
2. świadczenia pielęgnacyjnego,
3. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4. uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
6. inne (wymienić jakie).....

Cel podstawowy- należy wpisać w kratkę jeden z powyższych punktów

Oświadczam, że:

1. dziecko **nie pobiera / pobiera*** zasiłek pielęgnacyjny,
2. **składano / nie składano*** uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
kiedy
z jakim skutkiemorzeczenie ważne do.....
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**),

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.**

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ DOTYCZĄCĄ STANU ZDROWIA DZIECKA TJ:

1. Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia dziecka wydane przez lekarza leczącego, w ciągu 30 dni poprzedzających złożenie wniosku
2. **Kopie** posiadanej dokumentacji medycznej, **potwierdzonej za zgodność z oryginałem** w zależności od posiadanego schorzenia, tj: karty informacyjne, wyniki badań specjalistycznych, konsultacji, aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki opisowe badań: RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG, historie choroby z poradni specjalistycznych, ksero ostatniego orzeczenia o niepełnosprawności

INFORMACJA

O zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez przedstawiciela ustawowego

1. Dziecko jest leżące*, poruszające 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 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 *
.....

Sytuacja społeczna dziecka:

Dziecko uczęszcza*, nie uczęszcza* do żłobka*/ do przedszkola*: ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego*

Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*, ogólnodostępnej z internatem*, integracyjnej*, oddziału integracyjnego*, szkoły specjalnej* oddziału specjalnego* szkoły specjalnej z internatem*, ośrodka szkolno-wychowawczego*

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostródzie ul. Kościuszki 2 zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz 926 z póź. zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

miejsce..... data.....

Podpis przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego,
ustanowionego przez sąd

*SKREŚLIĆ NIEPOTRZEBNE

Telefon informacyjny Zespołu: (089) 642-73-88

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
2. Przebieg schorzenia podstawowego (i od kiedy?)
3. Uszkodzenia innych narządów i 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 konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie?

TAK NIE

Jeżeli TAK, to proszę dokładnie wyszczególnić – jakie:

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji?

TAK NIE

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka?:

TAK NIE

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka?:

TAK NIE

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 3a pkt. 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym?:

TAK NIE

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne itp.)?
Proszę wyszczególnić, jakich:

13. W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK/NIE*

14. Do niniejszego wniosku proszę dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

.....
Pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

