

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy dzieci do 16 roku życia)**

Nr sprawy: ZO.....

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka Wiek: Miejsce urodzenia

Numer PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka:
(np. paszport, legitymacja szkolna, numer aktu urodzenia)

Adres zameldowania dziecka:.....

Adres pobytu dziecka.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres pobytu przedstawiciela ustawowego.....

Adres do korespondencji:

Numer telefonu

Nr i seria dowodu osobistego (innego dokumentu tożsamości).....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Oświęcimiu**

1. Zwracam się z uprzejmą prośbą o:

wydanie orzeczenia (wypełniają osoby wnoszące o wydanie orzeczenia po raz pierwszy,
 z powodu pogorszenia się stanu zdrowia lub zmianę prawomocnego orzeczenia)

ponowne wydanie orzeczenia, składają osoby posiadające orzeczenie na czas określony nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia

o niepełnosprawności dla celów:

- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
 Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego;
 Inne (jakie?)

Oświadczam, że:

- składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy?.....
z jakim skutkiem?.....
- dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe

(w wypadku zaznaczenia odpowiedzi „nie”, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby – druk do pobrania w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności

- w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy/a 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 pielęgnacyjnej

Dziecko jest leżące TAK NIE

Porusza się: SAMODZIELNIE O KULACH NA WÓZKU INWALIDZKIM
 Z POMOCĄ DRUGIEJ OSOBY

Przyjmuje pokarmy: SAMODZIELNIE JEST KARMIONE PRZEZ DRUGĄ OSOBĘ
 WYMAGA STOSOWANIA SPECJALNEJ DIETY (jakiej?).....

Rodzaj ograniczenia innych czynności:

mycie się	<input type="checkbox"/> SAMODZIELNIE	<input type="checkbox"/> Z POMOCĄ
ubieranie się	<input type="checkbox"/> SAMODZIELNIE	<input type="checkbox"/> Z POMOCĄ
załatwianie czynności fizjologicznych	<input type="checkbox"/> SAMODZIELNIE	<input type="checkbox"/> Z POMOCĄ

Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....

Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem
w ciągu dnia , tygodnia , miesiąca

Częstotliwość wizyt lekarskich w domu , poza domem , w tygodni , miesiącu

II. Sytuacja społeczna dziecka

1. Dziecko uczęszcza , nie uczęszcza do przedszkola,
Ogólnodostępnego , integracyjnego , specjalnego ,
W wymiarze.....godz. dziennie , tygodniowo
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej , integracyjnej , specjalnej,
Samodzielnie , niesamodzielnie ,
W wymiarze.....godz. Dziennie tygodniowo
3. Dziecko korzysta, nie korzysta z nauczania indywidualnego
W wymiarze.....godz. dziennie , tygodniowo
4. Dziecko korzysta / nie korzysta , ze świetlicy szkolnej , stołówki szkolnej ,
(W przypadku braku możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające powyższe – druk do pobrania w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności).

W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, w tym badań specjalistycznych wykonywanych w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie, a także konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy/a konieczności wykonania tych badań oraz wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Oświęcimiu (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu, a także zmianie innych danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie i w trybie określonym ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych

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

.....
miejscość, data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

UWAGA: Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.