

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko dziecka
Numer PESEL dziecka
Data i miejsce urodzenia dziecka.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....
Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka
Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego.....
.....

Adres do korespondencji.....
Numer telefonu.....

Do Powiatowego Zespołu Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Częstochowie

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?).....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera/ pobierało zasiłek pielęgnacyjny do dnia.....
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy.....
z jakim skutkiem.....
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 społecznego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

Do wniosku proszę dołączyć kopię ostatniego posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

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 pielęgnacyjnych wykonanych w ciągu dnia.....
.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyj no – leczniczych wykonanych w domu i poza domem*\, w ciągu dnia*\, tygodnia*\, miesiąca*.....
.....
.....
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domy*\, poza domem*\, w tygodniu*\ miesiącu*.....
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko uczęszcza*\, nie uczęszcza*\ do przedszkola: ogólnodostępnego*\, integracyjnego*\ w wymiarze.....godzin dziennie*\,tygodniowo*;
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*\, integracyjnej*\, specjalnej*\- samodzielnie*\, niesamodzielnie*\ w wymiarze.....godzin tygodniowo; Korzysta*\, nie korzysta*\ z nauczania indywidualnego w wymiarze.....godzin dziennie*\, tygodniowo*;
3. Korzysta*\, nie korzysta*\, ze świetlicy szkolnej*\, stołówki szkolnej*.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data

.....
podpis osoby ubiegającej się o zasiłek

* niepotrzebne skreślić

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

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

W/w Pan/i wymaga opieki drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. TAK* / NIE*

W/w Pan/i jest zdolny* (nie jest zdolny)* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić