Nr sprawy ....
(miejscowość i data)

WNIOSEK
W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osoby, która nie ukończyła 16 roku życia)

Imię dziecka: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nazwisko dziecka: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Data urodzenia dziecka: |__|__|__|__|__|__|__|__| Miejsce urodzenia: _____
Nr PESEL dziecka: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Dokument stwierdzający tożsamość dziecka (nr aktu urodzenia lub legitymacji szkolnej): _____
Adres zameldowania na pobyt stały dziecka: kod |__|__| - |__|__|__|

Miejscowość ..... ul. .....

(podać nr domu/ mieszkania)

Adres miejsca pobytu dziecka: .....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic, opiekun prawny)**:**
Imię: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nazwisko: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Data urodzenia: |__|__|__|__|__|__|__|__| Miejsce urodzenia: _____
Nr PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Dokument stwierdzający tożsamość (dowód osobisty): seria |__|__|__| nr |__|__|__|__|__|__|
Adres zameldowania na pobyt stały: kod |__|__| - |__|__|__| Miejscowość _____
ul. ..... Nr tel. .....

Adres do korespondencji: ……...

Powiatowy Zespół do spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
al. Niepodległości 37
64-920 PIŁA

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

1/uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2/uzyskania 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/ innych (wymienić jakich) .....

-odwróć-

Oświadczam, że:

1/ dziecko pobiera / pobierało* zasiłek pielęgnacyjny w okresie od .....
do .....

2/ składano /nie składano* uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli tak, to gdzie i kiedy .....
i z jakim skutkiem .....

3/ **na posiedzenie składu orzekającego*:**
- dziecko przybędzie,
- dziecko nie może przybyć (w tym przypadku należy załączyć **zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**).

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

W załączeniu przedkładam*:
1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.
2. Kserokopie (i oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe RTG, MR, TK, badania psychologiczne, inne.....
.....

<u>UWAGA!</u>

Wniosek o wydanie orzeczenia <u>o ponowne ustalenie niepełnosprawności dziecka</u> można złożyć nie wcześniej niż <u>30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia</u>

.....
czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego dziecka

* właściwe podkreślić

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji nad dzieckiem

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

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 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*
   .....
   .....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza* nie uczęszcza* do żłobka* do przedszkola: ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego* w wymiarze..... godzin dziennie*, tygodniowo*;
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*, ogólnodostępnej z internatem* integracyjnej*, specjalnej*, specjalnej z internatem*, ośrodka szkolno-wychowawczego *
   - 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.

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić

....

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osoby poniżej 16 roku życia)

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

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

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

- odwróć -

5. U□ywane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (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? (rok) .....
Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

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

W/w osoba jest niezdolna do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**
TAK / NIE*

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczątka i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne tylko 30 dni.

UWAGA!

Poniższe oświadczenie wypełnia **wyłącznie** przedstawiciel ustawowy dziecka, które posiada ważne orzeczenie, wydane przed 01 lipca 2014 roku przez Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności, ubiegająca się o przyznanie karty parkingowej na nowych zasadach.

……..,…….
(Miejscowość, data)

……
(Imię nazwisko)

…….

…….
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie

Oświadczam, iż wniosek z dnia…….., o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień[1] składam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. *Prawo o ruchu drogowym* (Dz. U. z 2012 r. poz. 1134, ze zm.).

…….
(Podpis wnioskodawcy)

[1] Niepotrzebne skreślić

Niniejsze oświadczenie należy dołączyć do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień. Niezałączenie oświadczenia spowoduje w przypadku posiadania aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień wydanie decyzji o odmowie wydania orzeczenia ze względu na posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej ustalonego decyzją ostateczną.