

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *
(dla dziecka do 16 roku życia)

Wnoszę o :

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Myszkowie
42-300 Myszków ul. Partyzantów 21
tel/fax 34 313 20 29

- Wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**
 ponowne ustalenie niepełnosprawności
 ponowne ustalenie niepełnosprawności uwzględniające zmianę stanu zdrowia

Adnotacje urzędowe:

Nr sprawy:.....

Nr sprawy z archiwum PZOoN.....

Imię : /...../

Nazwisko: /...../

Data urodzenia: **miejsce urodzenia**

PESEL /...../

Adres zameldowania dziecka

Adres pobytu dziecka

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko

PESEL /...../ **seria i numer dowodu osobistego**

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego

Telefon

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

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego**
 uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
 konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie
 karty parkingowej
 Prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
 inne (jakie?).....

Oświadczam, że:

1. Aktualnie*: nie toczy się, toczy się, w sprawie dziecka postępowanie przed innym organem orzeczniczym (Sąd pracy i ubezpieczeń Społecznych, WZOON), proszę podać jakim*
.....

2. nie składano* składano*, uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności*, jeżeli tak, to kiedy(data) numer sprawy
z jakim skutkiem: zaliczone do osób niepełnosprawnych do dnia.....
niezaliczone do osób niepełnosprawnych

3. dziecko* może (w obecności przedstawiciela ustawowego) nie może, przybyć na posiedzenie składu orzekającego na badanie przedmiotowe*.

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 zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla matki/ ojca dziecka.
imię i nazwisko)

Data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

INFORMACJA
zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

1. zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (właściwe zakreślić):

- a/ dziecko jest : leżące / porusza się: samodzielnie / o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby
- b/ przyjmuje pokarmy: samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę /, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej ?)
- c/ rodzaj ograniczenia innych czynności np. mycie się / ubieranie / załatwianie czynności fizjologicznych)
.....
- d/ jakie zabiegi pielęgnacyjne wykonywane są przy dziecku i jak często
-
- e/ jakie zabiegi rehabilitacyjno - lecznicze wykonywane są w domu i poza domem.....
-
- f/ częstotliwość wizyt lekarskich w domu / poza domem.....
-

2. sytuacja społeczna dziecka:

PLACÓWKA	PRZEDSZKOLE	SZKOŁA (która klasa)
Ogólnodostępna		
Integracyjna		
Specjalna		

3. Dziecko nie korzysta / korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarzegodzin tygodniowo.

Uwaga: Do wniosku należy załączyć: zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu, uwierzytelnioną kopię dokumentacji medycznej dotyczącą stanu zdrowia dziecka, inne aktualne badania np. psychologiczne, akt urodzenia dziecka i dowód osobisty przedstawiciela ustawowego (rodzica) lub opiekuna prawnego (do wglądu). W przypadku nauczania indywidualnego – orzeczenie kwalifikacyjne.

4. W razie stwierdzonej przez Zespół konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych , uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

5. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna art. 41 § 1 KPA)

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

Data.....

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

II. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

.....
.....

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

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

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

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

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

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

VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENICTWO: TAK NIE

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1. „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK NIE

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK NIE

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie)

.....

VII. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK NIE

VIII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce