PZOON.40130. ..... …… .....
(miejscowość i data)

☐ pierwszorazowy ☐ powtórny *

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**).

OŚWIADCZAM, iż:
- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- dołączone przeze mnie kopie dokumentów medycznych są zgodne z oryginałami.

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.....
.....

UWAGA!

Wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dziecka można złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie Zespołu oraz na stronie internetowej:
http://orzecznictwopila.mojbip.pl

Oświadczam, że władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom*:

☐ TAK ☐ NIE

.....
czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego dziecka

* właściwe podkreślić/zaznaczyć

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

....

(imię i nazwisko) [1] (miejscowość, data)

.....

(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że [2] **:**

- moim miejscem pobytu stałego,
- miejscem pobytu stałego dziecka,
- miejscem stałego pobytu osoby w imieniu której składam wniosek

jest: .....

(należy wpisać **ADRES MIEJSCA POBYU STAŁEGO**)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny – *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....

(podpis)

---

[1] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia

[2] Właściwe zaznaczyć

.....
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. Używane 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:

.....

.....

.....

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

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

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

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

12. 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*

.....
pieczątka i podpis lekarza

Zaświadczenie lekarskie
(wypełnić z przypadku <u>trwałej</u> niezdolności do odbycia podroży – dot. pkt. 12)

Stwierdza się, że.....PESEL.....
(imię i nazwisko pacjenta)
jest trwale niezdolna/y do odbycia podróży, celem udziału w posiedzeniu w posiedzeniu składu orzekającego, z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby (<u>podać charakter schorzenia</u>):

….....

….....

….....

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne 3 miesiące.

* niepotrzebne skreślić