

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI uwaga (dotyczy osób do 16-go roku życia)		
<i>Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Etku</i> <i>ul. Kilińskiego 36</i> <i>tel. 87 621-64-85</i>	Nr sprawy:	.N.20.....
L. Dz.	Data wpływu	Podpis pracownika

DANE DZIECKA:

nazwisko i imię
nr PESEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ nr dok. tożsamości
Data urodzenia miejsce urodzenia
adres zameldowania stałego
adres pobytu
adres korespondencyjny

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

nazwisko i imię
nr PESEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Telefon kontaktowy.....
data i miejsce urodzenia
dokument stwierdzający tożsamość
adres zameldowania
adres pobytu
adres korespondencyjny

Wnioskuje o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

po raz pierwszy / po raz wtórny / z powodu zmiany stanu zdrowia *
(Wtórny wniosek składa się nie wcześniej niż 30 dni przed ukończeniem ważności poprzedniego orzeczenia)

cel wniosku*:

- 1) uzyskanie wskazań do zasiłku pielęgnacyjnego
- 2) uzyskanie wskazań do świadczenia pielęgnacyjnego
- 3) uzyskanie wskazań do korzystania z karty parkingowej
- 4) innych (wymienić jakich).....

Celem podstawowym jest punkt numer (.....)

1. Czy składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności?: **TAK** / **NIE**

Nr sprawy: .N.20..... sprawa z dnia

PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ POPRZEDNIEGO ORZECZENIA

2. Czy dziecko może wziąć udział w posiedzeniu składu orzekającego (stan zdrowia)? **TAK** / **NIE**

UWAGA !!

- ▶ **Wniosek składa się wraz z aktualnym zaświadczeniem lekarskim wydanym na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - ważne 30 dni od daty wystawienia.**
- ▶ **Należy załączyć kserokopię aktualnej dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia dziecka (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu)**
. (tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno-psychologiczne)
- ▶ **W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

proszę wypełnić drugą stronę „informacja o zakresie sprawowanej opieki nad dzieckiem”

*właściwe zaznaczyć

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

.....

imię i nazwisko dziecka:

Nr PESEL dziecka /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

dziecko porusza się:

samodzielnie , z pomocą , o kulach , na wózku inwalidzkim , jest leżące *

przyjmuje pokarmy :

samodzielnie , jest karmione przez drugą osobę *

wymaga stosowania specjalnej diety * (jakiej?)

ograniczenia czynności samoobsługowych spowodowane stanem zdrowia dziecka
(np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)

.....
.....

rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia

.....
.....

rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno–lecniczych wykonywanych: (w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca).

- w domu

.....
.....

- poza domem

.....
.....

częstotliwość wizyt lekarskich: w domu / poza domem (w tygodniu, w miesiącu)

.....
.....

Sytuacja edukacyjno-społeczna dziecka:

Czy dziecko uczęszcza do przedszkola ? : **TAK** / **NIE** *

ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego * w wymiarze godz.

Czy dziecko uczęszcza do szkoły ? : **TAK** / **NIE** *

ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej / ośrodka szkolno-wychowawczego

samodzielnie / niesamodzielnie *

Czy dziecko korzysta z nauczania indywidualnego ? : **TAK** / **NIE** *

w wymiarze godzin tygodniowo

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego dziecka