

W N I O S E K O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. **pierwszorazowy*** 2. **ponowny:** upływ terminu ważności orzeczenia / zmiana stanu zdrowia*

Nr sprawy: PZON.8322.

....., data

DANE OSOBOWE DZIECKA

Nazwisko..... Imię.....

Data urodzenia; miejsce urodzenia

Numer PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości: odpis aktu urodzenia, paszport, dowód osobisty, legitymacja szkolna, inny*.....

Seria i numer dokumentu tożsamości.....

Adres zameldowania

Adres pobytu dziecka.....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko Imię.....

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres do korespondencji

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

Nr telefonu:

Adres e-mail.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Lesznie, Pl. Kościuszki 4

Zwracam się z prośbą o wydanie **orzeczenia o niepełnosprawności** w celu:

- 1) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 2) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- 3) zamieszkania w oddzielnym pokoju
- 4) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 5) inne (jakie?)

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt.1-5).....

Dane dotyczące sytuacji dziecka:*

- dziecko uczęszcza (nie uczęszcza) do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego, integracyjnego, specjalnego
- dziecko uczęszcza (nie uczęszcza) do szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej
- dziecko uczęszcza (nie uczęszcza) do ośrodka szkolno-wychowawczego
- korzysta (nie korzysta) z nauczania indywidualnego

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 liczba zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-lecznicych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca.....
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, miesiącu.....

Oświadczam, że:

1. Składano*/nie składano* uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności.

kiedy ? rok
z jakim skutkiem?

2. Dziecko **może*/ nie może*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego(jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

3. W razie stwierdzenia 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.

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- władza rodzicielska przysługuje/nie przysługuje obojgu rodzicom*.

* niepotrzebne skreślić.

.....
podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego dziecka

W załączeniu przedkłada się dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka, w tym:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu 30 dni poprzedzających złożenie wniosku.
2. kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.