

Nr wniosku

.....

.....
miejscowość i data

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

(dotyczy osoby, która nie ukończyła 16-ego roku życia)

Wniosek składam:

☐ po raz pierwszy

☐ w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia z dnia.....

(wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 3 m-ce przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)

☐ mimo ważności orzeczenia z dnia w związku ze zmianą stanu zdrowia

☐ w innym celu (wskazać jakim)

1. Nazwa organu:

DANE DZIECKA

2. Imię

3. Nazwisko

4. Numer PESEL

5. Płeć

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

6. Data urodzenia

7. Miejsce urodzenia

8. Stan cywilny

9. Obywatelstwo

10. Dokument tożsamości:

• dowód osobisty seria i nr:.....

• paszport seria i nr:

• akt urodzenia nr:

• legitymacja szkolna nr:

ADRES ZAMIESZKANIA		
11. Miejscowość	12. Kod pocztowy	13. Poczta
14. Ulica	15. Nr domu/Nr lokalu	
SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA		
Dziecko ☐ nie uczęszcza ☐ uczęszcza do placówki (*zaznacz/podkreśl jakiej)		
Rodzaj placówki oświatowej	☐ żłobek ☐ przedszkole (ogólnodostępne / integracyjne / specjalne*) ☐ szkoły (ogólnodostępnej / ogólnodostępnej z internatem / integracyjnej / specjalnej / specjalnej z internatem*) ☐ oddziału (integracyjnego / specjalnego*) ☐ innej (jakiej?)	
WNIOSEK SKŁADAM DO CELÓW (wskaż min. 1 cel)		
☐ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ☐ uzyskania karty parkingowej ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze ☐ korzystania z ulg i uprawnień (wskaż jakie)		

ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA		
Wykonywanie czynności samoobsługowych	☐ samodzielnie	☐ z pomocą ☐ konieczna opieka
poruszanie się	☐ samodzielnie	☐ z pomocą ☐ konieczna opieka
wspomaganie się przedmiotami ortopedycznymi, środkami pomocniczymi lub technicznymi	☐ nie ☐ tak	(wymień jakie np. wózek inwalidzki, aparat słuchowy itp.)
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (niepełnoletniego dziecka do 16 roku życia)		
16. Imię	17. Nazwisko	
18. Numer PESEL	19. Data urodzenia	
20. Miejsce urodzenia	21. Obywatelstwo	
22. Numer telefonu	23. Adres e-mail	
22. Numer telefonu	23. Adres e-mail	
24. Dokument tożsamości: • dowód osobisty seria i nr:..... • paszport seria i nr:		
ADRES DO KORESPONDENCJI		
25. Miejscowość	26. Kod pocztowy	27. Poczta
29. Ulica	29. Nr domu/lokalu	

OŚWIADCZENIA

1. Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

- ☐ NIE
☐ TAK (podaj informacje)

Orzeczenie nr:

Wydane w dniu:

Ważne do:

przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w

2. Ze względu na stan zdrowia dziecko:

- ☐ MOŻE
☐ NIE MOŻE PRZYBYĆ na posiedzenie składu orzekającego.

(jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu trwałej, nierokującej poprawy niezdolności do odbycia podróży).

3. Władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom:

- ☐ TAK (drugi rodzic dziecka)

(imię i nazwisko drugiego rodzica dziecka)

*drugi rodzic/opiekun prawny ma prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, wglądu w dokumentację, reprezentacji dziecka podczas komisji lekarskiej, odbiór orzeczenia

- ☐ NIE (wskaż komu przysługuje)

(imię i nazwisko rodzica posiadającego pełną władzę rodzicielską)

4. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia, przewodniczący Zespołu zawiadomi na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie.

Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

5. Niestawienie się dziecka z przedstawicielem ustawowym na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania, chyba że, niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia.
(§ 7 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).

6. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

.....
data

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

osoby niepełnoletniej

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
(ważne 30 dni od daty wypisania)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr dowodu PESEL

- Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

- Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowanie choroby:

.....

.....

.....

- Uszkodzenia innych narządów i układów, oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

.....

- Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....

.....

.....

- Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

.....

- Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
- Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia
-
-
-
- Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:
-
-
-

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? data

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? data

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

W/w Pan/Pani jest zdolny/nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół. tak/nie

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość i data

**Upoważnienie dla pracownika socjalnego
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
do wglądu w dokumentację orzekanej osoby we właściwym
Ośrodku Pomocy Społecznej i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego, informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, w tym świadczeń pomocy społecznej.

.....
podpis osoby zainteresowanej