

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

**pierwszy/wtórny/z pogorszenia stanu zdrowia**

Nr sprawy ZO-E-8211/...../N/200.....

Data.....

### **Dane dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka .....

Nr PESEL dziecka ..... miejsce urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania dziecka .....

Adres korespondencyjny .....

### **Dane przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL / / / / / / / / / / / /

Dokument stwierdzający tożsamość .....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

.....

Adres korespondencyjny .....

### **Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w .....**

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?) .....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało \*zasiłek pielęgnacyjny: do .....(data)
2. dziecko pobiera / pobierało \* świadczenie pielęgnacyjne do .....(data)
3. składano / nie składano \* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy .....

z jakim skutkiem: zaliczono / nie zaliczono\* do osób niepełnosprawnych

Nr sprawy .....

### **PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSERO POPRZEDNIEGO ORZECZENIA**

4. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
5. 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.

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

**Do wniosku należy załączyć kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka.**

.....  
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

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

## INFORMACJA

### o zakresie opieki sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się o zasiłek pielęgnacyjny

imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek pielęgnacyjny

.....

imię i nazwisko dziecka: .....

data urodzenia: .....

miejsce zamieszkania .....

#### 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 długą 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\*) w miesiącu\*)

#### II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko uczęszcza\*) ,nie uczęszcza\*) do przedszkola: ogólnodostępnego\*), integracyjnego\*), specjalnego\*) w wymiarze ..... godzin dziennie\*), tygodniowo\*)  
Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej\*), integracyjnej\*), specjalnej\*) - samodzielnie\*), niesamodzielnie\*) w wymiarze ..... godzin tygodniowo; Korzysta\*), nie korzysta\*) z nauczania indywidualnego w wymiarze ..... godzin dziennie \*), tygodniowo\*)
2. Korzysta\*), nie korzysta\*) ze świetlicy szkolnej \*), stołówki szkolnej\*).

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:.....

.....

(Podpis osoby ubiegającej się o zasiłek )

**\*) niepotrzebne skreślić**

Podpis zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość .....

data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka  
wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
(proszę dokładnie wypełnić wszystkie pozycje)

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)
  
2. Przebieg schorzenia podstawowego:
  
  
  
  
  
  
3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w języku polskim)
  
  
  
  
  
  
4. Dokładna data powstania niepełnosprawności:
  
  
  
  
  
5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności (wg rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002r. Dz. U. Nr 17, poz. 162, § 2 pkt 1-9, § 1 pkt 1-3):
  
  
  
  
  
6. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

7. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie

TAK

NIE

**Jeżeli TAK to proszę dokładnie wyszczególnić – jakie:**

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji:

TAK

NIE

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – prawo o ruchu drogowym:

TAK

NIE

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi komunikacyjne itp.). Proszę wyszczególnić jakich:

13. Do niniejszego wniosku proszę dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonywanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

.....  
Pieczątko i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie