

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy dnia

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data urodzenia dziecka miejsce urodzenia

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr dowodu osobistego (paszportu)

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zam. przedstawiciela ustawowego dziecka

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Sanoku**
38-500 Sanok, ul. Konarskiego 24

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

- Zasiłku pielęgnacyjnego,
- Świadczenia pielęgnacyjnego
- Inne (jakie?)

Oświadczam, że*:

1. dziecko pobiera* (do kiedy) /pobierało* zasiłek pielęgnacyjny (do kiedy
2. składano* / nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy..... z jakim skutkiem.....
3. dziecko może* / nie może* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie może, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. 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.
5. **Sytuacja społeczno-zawodowa dziecka:**
 - Dziecko uczęszcza*, nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego* w wymiarze godzin tygodniowo
 - Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*, integracyjnej*, specjalnej*: samodzielnie*, niesamodzielnie*, w wymiarzegodzin tygodniowo,
 - Korzysta*, nie korzysta* z nauczania indywidualnego, w wymiarze.....godzin tygodniowo
 - Korzysta*, nie korzysta* ze świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*.
6. dziecko nie posiada* / posiada* opinię z Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej.

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

Do wniosku dołączam kopie posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka.*

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

*niepotrzebne skreślić

INFORMACJA

o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się o zasiłek (świadczenie) 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 drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety* (jakiej?)
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych, itp.)
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*

.....
.....

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

* niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis osoby ubiegającej się
o wydanie orzeczenia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Sanoku

Imię i Nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania 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 uszkodzenia, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentacją medyczną? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(rok)

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić