WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Numer sprawy ON.8422……. Leszno, dn.....
(wypełnia PZOON)

DANE OSOBOWE DZIECKA

NAZWISKO……...… **IMIĘ**…….……
Imię drugie……
Data i miejsce urodzenia.....
PESEL.....
Rodzaj dokumentu tożsamości:* dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna, odpis skrócony aktu urodzenia, inny……..……
Seria i nr dokumentu tożsamości.....
Adres zameldowania dziecka na pobyt stały.....
Adres pobytu dziecka (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....
……...

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko……..……Imię ……
Imię drugie……
Data i miejsce urodzenia……...
PESEL……..
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości……..
Adres zameldowania na pobyt stały……..……...
Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)……..
Adres korespondencyjny……...
Telefon…… / Adres do e-doręczeń …….

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 11 64-100 Leszno
Adres do e-Doręczeń: AE:PL-87226-80790-TCJGB-29

Proszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu:*

1) Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2) Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3) Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4) Uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5) Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
6) Innych (wymienić jakich)…….

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-6)……

Oświadczam, że:

1. Dziecko jest (było)* zaliczone do osób niepełnosprawnych: **TAK/NIE***
2. Ostatnie orzeczenie było wydane (dzień, miesiąc, rok)……
3. Orzeczenie jest (było)* ważne do (dzień, miesiąc, rok)…….……..
4. Dziecko może (nie może)* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego **(jeżeli nie, to należy załączyć <u>dodatkowo</u> zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).**
5. W razie stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydanego przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

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-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia**,** tygodnia, miesiąca……
   ……...…
   ……...…
   ……...
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu**,** miesiącu……....
   ……...…
   ……...
   ……...

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:*

- dziecko uczęszcza (nie uczęszcza) do przedszkola ogólnodostępnego, integracyjnego, specjalnego w wymiarze .....godzin dziennie, tygodniowo
- dziecko uczęszcza (nie uczęszcza) do szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej w wymiarze .....godzin dziennie, tygodniowo
- korzysta (nie korzysta) z nauczania indywidualnego w wymiarze ….....godzinne dziennie, tygodniowo
- korzysta (nie korzysta) ze świetlicy szkolnej, stołówki szkolnej.

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

W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (ważne 30 dni od daty wydania)

2. **oryginały lub kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodnością z oryginałem z placówki medycznej, która dokumenty wydała, tj. karty informacyjne ze szpitala, kartoteki z poradni, badania specjalistyczne, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne.**

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

*właściwe podkreślić