

Znak sprawy: **PZN.8321.2.....**

(nadaje Zespół)

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(DLA OSÓB DO 16 r.ż.)**

CZYTELNIE WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE PUNKTY WNIOSKU

1) O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

TAK/NIE*

- dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności

2) O PONOWNE USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

TAK/NIE*

- dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności na czas określony

3) O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA

TAK/NIE*

- dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
72-300 Gryfice ul. Koszarowa 4 (tel. 91 85 25 904)**

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Data i miejsce urodzenia dziecka

Seria i numer dokumentu tożsamości (np. legitymacja szkolna).....

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustaw.

PESEL przedstawiciela ustaw./...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

Telefon kontaktowy:

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:
(właściwe podkreślić:)

- zasilek pielęgnacyjny
- świadczenie pielęgnacyjne
- inne

oraz uzyskanie wskazań dotyczących w szczególności:

1. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby TAK / NIE
2. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki TAK / NIE
3. karta parkingowa TAK / NIE
4. prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju TAK / NIE

Oświadczam, że :

1. dziecko pobiera* / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano* / nie składano wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności ,
orzeczenie o niepełnosprawności nr.....
z jakim skutkiem:..... ważne do
3. dziecko może* / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenia lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby)
4. dziecko nie uczęszcza* / uczęszcza do:
 - przedszkola: ogólnodostępne, integracyjne, specjalne;
 - szkoły: ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej;(jeżeli dziecko posiada orzeczenie lub opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej należy podłączyć kserokopię)
5. sytuacja społeczna: stan rodziny
 - rodzina pełna; ilość dzieci w rodzinie:
 - rodzina niepełna; ilość dzieci w rodzinie:
 - rodzina zastępcza; ilość dzieci w rodzinie: (dołączyć postanowienie sądu)

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 uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 533 z późn.zm.)- *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania wniosku.

Miejscowość,data

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego
dziecka

* właściwe podkreślić

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Nazwisko i imię dziecka

[illegible][illegible][illegible][illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

.....
.....

III. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

IV. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

.....
.....

VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO: TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1 „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK ☐ NIE ☐

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK ☐ NIE ☐

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie)

.....

VII. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK ☐ NIE ☐

VIII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)

IX. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data).....

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie