

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy:

.....

miejsowość i data

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka.....; Nr i seria legitymacji szkolnej

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania lub pobytu dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres do korespondencji....., tel.

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tucholi

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów: *(właściwe zakreślić)*

- zasiłku pielęgnacyjnego
- zasiłku stałego
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z 20.06.1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1990 tekst jednolity, z późn., zm.) ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej
- inne (jakie?)

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało* zasiłek pielęgnacyjny do dnia
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, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do przedszkola / szkoły ogólnodostępnego(ej), integracyjnego(ej), specjalnego(ej) w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo (załączyć stosowne zaświadczenie)*
5. korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki / internatu*
6. 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.

Do wniosku załączam:

1. posiadaną dokumentację medyczną potwierdzoną za zgodność z oryginałem, dotyczącą stanu zdrowia dziecka,
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu, nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego (Dz.U. 2018, poz. 1600 tekst jednolity, z późn., zm.), oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie moich danych osobowych w celach złożonego wniosku zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. 2018, poz. 1000 z późn. zm)

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

INFORMACJA

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

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Imię i nazwisko opiekuna dziecka

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji

1. dziecko jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania 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 rehabilitacyjnych - 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
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej* samodzielnie / niesamodzielnie* w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo
3. korzysta / nie korzysta* ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej*.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
data

.....
podpis opiekuna dziecka

Do wniosku należy dołączyć kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem (m.in. karty informacyjne ze szpitala, wyniki badań itp.).

* niepotrzebne skreślić