

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy.....

Nowy Targ dnia.....

(Wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....nr dokumentu tożsamości.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Data i miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Numer dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego.....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Numer telefonu przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Targu 34-400 Nowy Targ, ul. Szaflarska 39

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

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

Oświadczam, że:

1. dziecko **pobiera / pobierało** zasiłek pielęgnacyjny,
(Prosimy podać do kiedy dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny).....
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. 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 lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności
przez.....

.....
podpis pracownika socjalnego

.....
podpis osoby zainteresowanej

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:
Imię i nazwisko dziecka :
Data i miejsce urodzenia :
Adres 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)
.....
.....
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 *.
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej *, integracyjnej *, specjalnej *, - samodzielnie* ,
niesamodzielnie*w wymiarze
..... godzin tygodniowo.
3. korzysta *, nie korzysta * z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin
dziennie *, tygodniowo *
3. korzysta *, nie korzysta ze świetlicy szkolnej * , stołówki szkolnej *

Data:

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* - niepotrzebne skreślić