

Nr sprawy ZOON.....

(miejsowość i data)

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Grodzisku Mazowieckim**

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności
(osoby do 16 roku życia)**

Wniosek składam: (wybrać *jedną* z opcji)

- po raz pierwszy, w związku ze zmianą w stanie zdrowia dziecka
 w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (30 dni przed upływem terminu)

W załączeniu przedkładam:

1. Oryginał ważnego przez **30 dni - zaświadczenia lekarskiego** o stanie zdrowia dziecka.
2. Kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem **dokumentacji medycznej potwierdzającą aktualny stan zdrowia dziecka** (wyniki badań, wypisy szpitalne, konsultacje, opinie, decyzje specjalistów).
3. Kserokopie posiadanych orzeczeń.

Dane dziecka

Imię/drugie imię |_____|

Nazwisko: |_____|

Data urodzenia miejsce urodzenia

PESEL |_____|

Numer aktu urodzenia /numer legitymacji szkolnej*

Numer i seria dokumentu tożsamości dziecka: dowodu osobistego/paszportu*

Adres zameldowania na pobyt stały kod |_____|-|_____| miejscowość

ul. nr (domu i mieszkania)

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania).....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic, ustanowiony opiekun prawny)

Imię/drugie imię|_____|

Nazwisko: |_____|

Data urodzenia miejsce urodzenia

PESEL |_____|

Dokument tożsamości: seria |_____| nr |_____|

Adres zameldowania na pobyt stały kod |_____|-|_____| miejscowość

ul. nr nr telefonu

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Wniosek składam dla celów:

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju w związku z ubieganiem się o dodatek mieszkaniowy
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ulg i uprawnień (wymienić jakich)

Sytuacja społeczna dziecka:

Dziecko **nie uczęszcza** / **uczęszcza** do placówki oświatowej, wymienić do jakiej:

- **żłobka**
- **przedszkola** ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego*
- **szkoły** ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej/z internatem*

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: nie tak, jeśli tak, wymienić z jakiego

.....

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że w imieniu dziecka **nie składano** / **składano** uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności, jeżeli tak, to gdzie i kiedy
2. Dziecko **nie posiada** / **posiada orzeczenie** o niepełnosprawności wydane przez PZON w z dnia na stałe/ważne do dnia* nr sprawy
3. Dziecko **może** / **nie może przybyć** na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy*).
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Zespołu zawiadomi na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności uzupełnienia jej w wyznaczonym terminie. Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* właściwe podkreślić

właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....
Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(wypełnia lekarz)

*Orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne **

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Nr i seria legitymacji szkolnej/dowodu osobistego/paszportu.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (od kiedy)

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, wyniki dotychczasowego leczenia i rehabilitacji

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. **Ocena wyników leczenia, rokowanie** (możliwość poprawy)
-
-
6. **Używane** (ewentualne potrzeby) **zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny**
-
-
7. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania** (w załączeniu)
-
-
-
8. **Wykaz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych** (w załączeniu)
-
-
9. **W jakim stopniu dziecko wymaga na co dzień współlistnienia opiekuna w procesie:**
- **leczenia**
 - **rehabilitacji**
 - **edukacji**

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (d/m/r).....

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (data: d/m/r)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka
TAK / NIE*

Czy u dziecka **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **TAK / NIE***. Jeśli **tak** należy potwierdzić z jakiej przyczyny:

**Zaświadczenie lekarskie potwierdzające
niezdolność osobistego uczestniczenia dziecka
w posiedzeniu komisji**

Dziecko jest stale leżące i trwale niezdolne do osobistego uczestniczenia w posiedzeniu komisji z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby

.....

.....

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić