Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy** .... data .....

Imię i nazwisko dziecka .....
Nr PESEL dziecka ..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../....
Data i miejsce urodzenia dziecka .....
Adres zameldowania dziecka .....
.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....
Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../....
Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka .....
..... tel. .....
Adres do korespondencji .....

Do Powiatowego / Miejskiego* Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w .....

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 Ustawy z 20.06.1997r. -Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. Nr 98 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*
5. korzysta/ nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki / internatu*
6. w przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia przedłożonej wraz z wnioskiem dokumentacji medycznej, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów wykonania badań 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:
1. posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu w ciągu 30 dni poprzedzających złożenie wniosku

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

....

stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria legitymacji szkolnej ..... PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

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

.....

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

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

W/w dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE*

U w/w dziecka nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić