

Wniosek (dotyczy osób poniżej 16-go roku życia)

o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

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

o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności

- dla osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, **które traci ważność**

o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia

- dla posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności, składających wniosek **ze względu na zmianę stanu zdrowia**

Nr sprawy Myślibórz, dnia

Nazwisko i imię dziecka

Data i miejsce urodzenia Nr PESEL dziecka

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Adres zamieszkania przedstawicieli ustawowego dziecka

Telefon

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Północna 15
74-300 Myślibórz**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu ubiegania się o:

1. zasiłek pielęgnacyjny,
2. zasiłek stały
3. inne, jakie.....

oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:

- a. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie dziecka,
- b. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje porządkowe oraz inne placówki,
- c. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 1137 ze zm.)-karta parkingowa,
- d. prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- e. inne

Oświadczam, że:

1. Składano (nie składano) uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
(odpowiednie podkreślić)

- kiedy - z jakim skutkiem.....

2. dziecko może (nie może) przybyć na badanie przedmiotowe (odpowiednie podkreślić), (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan rodzinny (odpowiednie podkreślić i uzupełnić)
 - pełna, ilość dzieci w rodzinie
 - niepełna, ilość dzieci w rodzinie
2. Występujące ograniczenia dziecka w zdolności do wykonywania codziennych czynności związanych z samodzielną egzystencją
3. Zakres koniecznej opieki lub pomocy innych osób, odpowiednio do wieku dziecka.
.....
.....

Do wniosku dołączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Do wniosku proszę dołączyć kserokopię pełnej dokumentacji medycznej (karty informacyjne, dokumentację z leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań, konsultacje specjalistyczne).

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 STAWIENICTWO: 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

.....
podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie