

WNIOSEK ZŁOŻONY:

- **po raz PIERWSZY** (w przypadku, kiedy osoba nie była wcześniej orzekana i nie posiadała dotychczas orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- **o PONOWNE wydanie orzeczenia** (w przypadku wygaśnięcia ważności posiadanego orzeczenia – wniosek można złożyć NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- **o PONOWNE wydanie orzeczenia w związku ze ZMIANĄ STANU ZDROWIA** (w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, ale stan zdrowia uległ pogorszeniu lub poprawie i osoba wnioskując o zmianę stopnia niepełnosprawności lub treści orzeczenia)
- **o ponowne wydanie orzeczenia dla potrzeb ustalenia wskazania do KARTY PARKINGOWEJ** (w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego przed 1 lipca 2014r, ale z uwagi na zmianę przepisów dotyczących przyznawania i wydawania kart parkingowych, osoba jest zobowiązana do złożenia wniosku o ponowne wydanie orzeczenia w celu uzyskania wskazań do karty parkingowej)

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy..... dn.....
Imię i nazwisko dziecka.....
Nr PESEL dziecka:.....
Data i miejsce urodzenia:.....
Adres zamieszkania dziecka:.....
Szkoła/Przedszkole.....klasa.....
Tryb nauczania.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:.....
Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....
Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....
Telefon.....

**Do Powiatowego Zespołu
ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Miechowie**

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?)

Oświadczenie, że:

1. dziecko/pobierało zasiłek pielęgnacyjny do dnia.....
2. składano/nie składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy z jakim skutkiem
3. dziecko może/nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeśli 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 konieczność wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających założone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/świadoma wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

* Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam posiadana dokumentację medyczną stanu zdrowia dziecka.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miechowie z siedzibą w Miechowie przy ul .Sienkiewicza 18 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz 1182,1662).
Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

INFORMACJA

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

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek pielęgnacyjny:.....

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

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*

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. Dziecko korzysta*, nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie*, tygodniowo*.

4. Dziecko korzysta*, nie korzysta* ze świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data:

.....
(podpis osoby ubiegającej się o zasiłek stały, pielęgnacyjny)

*niepotrzebne skreślić

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności**

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia i miejsce urodzenia

Nr PESEL

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

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

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

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

W/w Pan/i jest zdolny, nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół
Tak/Nie*

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić