

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy ZON.8211- 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 Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jarosławiu ul. Jana Pawła II 17 37-500 Jarosław

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 Ustawy z 20.06.1997 r. - 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
korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki / internatu*
5. 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:

1. posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka,
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość 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 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