

W N I O S E K O W Y D A N I E
ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy: PZON.8322....., data.....

DANE OSOBOWE DZIECKA

Nazwisko..... Imię.....

Data urodzenia; miejsce urodzenia

Numer PESEL

Adres zameldowania

Adres pobytu dziecka.....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko Imię.....

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres do korespondencji

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

Nr telefonu:

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Lesznie, Pl. Kościuszki 4

Zwracam się z prośbą o wydanie **orzeczenia o niepełnosprawności** w celu:

- 1) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 2) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- 3) zamieszkania w oddzielnym pokoju
- 4) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 5) inne (jakie?)

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt.1-5).....

Dane dotyczące sytuacji dziecka:

Dziecko uczęszcza do

Oświadczam, że:

1. Składano*/nie składano* uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności.

kiedy ? rok

z jakim skutkiem?

2. Dziecko **może*/ nie może*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego(jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

4.W razie stwierdzenia 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.

* niepotrzebne skreślić.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

W załączeniu przedkłada się dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka, w tym:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu 30 dni poprzedzających złożenie wniosku.
2. kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....data

Z a ś w i a d c z e n i e l e k a r s k i e o s t a n i e z d r o w i a
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

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 oraz 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:

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie(w załączeniu) . . .
.....

2. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.
.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

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

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

Czy istnieje konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji ? TAK / NIE *

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

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

1. **Zaświadczenie lekarskie należy wypełnić czytelnie we wszystkich punktach.**
2. **Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.**
3. **Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza oraz daty powoduje nieważność zaświadczenia.**