

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy Zo. 8321.....

Miejscowość.....

Data.....

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Adres pobytu (powyżej dwóch miesięcy jeżeli jest inny niż adres zamieszkania).....

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości dziecka *

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości przedstawiciela ustawowego.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr telefonu

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Działdowie, ul. Lidzbarska 31**

Wniosek składam:(zaznaczyć prawidłowe)

po raz pierwszy

w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia,

w związku ze zmianą stanu zdrowia

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:(**właściwe podkreślić**)

- zasiłku pielęgnacyjnego,

- świadczenia pielęgnacyjnego.

- inne

Oświadczam, że: (właściwe wpisać)

1. dziecko pobiera /pobierało zasiłek pielęgnacyjny,.....

2. składano/ nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności jeżeli tak, to kiedy.....Nr orzeczenia

z jakim skutkiem.....do

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. 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.

Informuję, że administratorem danych osobowych w formie elektronicznej, jest **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Działdowie, ul. Lidzbarska 31**, oraz w formie papierowej, jest Starosta Działdowski z siedzibą w Starostwie Powiatowym przy ulicy Tadeusza Kościuszki 3, w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka, zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.); gromadzonych w **Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności**, które przedstawiciel ustawowy dziecka przekazuje dobrowolnie, zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i ograniczenia przetwarzania. Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

*nr aktu urodzenia, nr legitymacji szkolnej itp.,

.....
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.....

I. Zakres sprawowanej opieki pielęgnacyjnej:

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*, miesiącu*....
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko uczęszcza*, nie uczęszcza do przedszkola:
ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego*, w wymiarze.....godz.
dziennie*, tygodniowo*
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnokształcącej*, integracyjnej*, specjalnej*, -
samodzielnie*, niesamodzielnie*, w wymiarzegodz. tygodniowo
korzysta*, nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarzegodz.
dziennie*, tygodniowo*
3. korzysta*, nie korzysta* ze świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*

Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Podpis osoby ubiegającej się o zasiłek pielęgnacyjny

* niepotrzebne skreślić

.....