

Numer sprawy

....., dnia r.
(miejsowość) (data)

WNIOSK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RADOMIU

Wniosek składam (właściwie zaznaczyć krzyżykiem):

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia) (§ 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. z 2015 r., poz. 1110, ze zm.)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia (§ 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. z 2015 r., poz. 1110, ze zm.)
- Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka – nie zaliczenie do osób niepełnosprawnych
- W celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się

Dane dziecka:

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

PESEL dziecka [[] [] [] [] [] [] [] [] [] []]

Nr aktu urodzenia/legitymacji szkolnej/dowodu osobistego/paszportu* dziecka

Adres zameldowania dziecka

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL [[] [] [] [] [] [] [] [] [] []]

Adres zameldowania

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy [[] [] [] [] [] [] [] [] [] []]

ZWRACAM SIĘ Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW (właściwie zaznaczyć):

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 - Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,
- inne (jakie?)

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Dziecko nie pobiera/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 posiedzenie składu orzekającego,
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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
6. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2016 poz. 23)**
§ 1. *W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.*
§ 2. *W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.*
7. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**
Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137)
§ 1. *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*
§ 2. *Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.*

8. Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137)
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzone cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

**INFORMACJA O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM PRZEZ OSOBĘ
UBIEGAJĄCĄ SIĘ O ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY**

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji

1. dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/porusza się o kulach/na wózku inwalidzkim/z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania 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

II. 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 dziennie/tygodniowo*
3. korzysta/nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
4. Korzysta/nie korzysta* ze świetlicy szkolnej/stołówki szkolnej*

*właściwe zaznaczyć

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
czytelny podpis przedstawicieli
ustawowych dziecka

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego dziecka oryginał powyższego wniosku (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
- ✓ Kserokopie, poświadczone za zgodność z oryginałem, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności dziecka, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były),
- ✓ Kserokopię ważnego dokumentu tożsamości dziecka (legitymacji szkolnej, paszportu, dowodu osobistego lub skróconego aktu urodzenia z poświadczeniem nr PESEL).

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

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
WYDANE DLA POTRZEB ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Nr i seria dokumentu tożsamości dziecka 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 stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE***

U w/w dziecka nastąpiło/nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

* właściwe zaznaczyć

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie