Miejsce na adnotacje urzędowe

.....dnia .....r.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego/Miejskiego
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w .....
.....

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.)

Wniosek składam:

☐ Po raz pierwszy
☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Adres zamieszkania.....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)*.....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia .....miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo.....

Rodzaj dokumentu tożsamości..... seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)*.....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

Wniosek składam dla celów:

- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- ☐ uzyskania zasiłku stałego
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ korzystania z karty parkingowej
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (wymienić): .....

.....

.....

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka

Warunki mieszkaniowe: .....

Liczba osób zamieszkujących wspólnie: .....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
Poruszanie się	☐	☐	☐

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* ☐ nie ☐ tak, jeśli tak, wymienić:.....

.....

Dziecko ☐ nie uczęszcza/ ☐ uczęszcza* do placówki oświatowej (np. żłobek, przedszkole, szkoła, jakiej?): .....

Oświadczenia:

1. **W imieniu dziecka ☐ nie składano/ ☐ składano*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu.....r.

   Dziecko ☐ nie posiada/ ☐ posiada* orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia ..... r.
2. **Dziecko ☐ może/ ☐ nie może*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego *(jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).*
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Załączniki:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):.*

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby składającej wniosek[1]

.....

[1] *podpis osoby zainteresowanej lub, jeśli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego*

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA
Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz sprawujący opiekę medyczną)

Imię i nazwisko dziecka .....
Data i miejsce urodzenia .....
Adres zamieszkania .....
Numer PESEL .....
Numer i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość bądź nr aktu urodzenia: .....
.....

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej *:**
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
2. Przebieg schorzenia podstawowego, 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, choroby współistniejące:
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA
Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych *(wyniki w załączeniu do zaświadczenia)*::
   .....
   .....
   .....
   .....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych *(załączonych do zaświadczenia)*:
   .....
   .....
   .....
   .....

8. Oświadczam, że:

   a) **Mam pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta: □ TAK □ NIE**

   Pacjent posiada dokumentację medyczną od roku.....; Pozostaje pod moją opieką medyczną od roku.....

   b) **Dziecko wymaga całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku: □ TAK □ NIE**

   c) **Dziecko jest <u>trwale</u> niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby: □ TAK □ NIE**

   d) U dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o niepełnosprawności *(wypełnić, gdy rodzic ponownie ubiega się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka)*:
   □ TAK □ NIE

.....
pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* **w przypadku schorzeń okulistycznych zaznaczyć ostrość wzroku i pole widzenia**