

Nr sprawy:

wypełnia PZds.OoN

**WNIOSEK
O WYDANIE ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osób do 16 roku życia)**

pieczętka wpływu wniosku

DANE OSOBOWE DZIECKA

imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

adres zameldowania

adres pobytu

wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

PESEL obywatelstwo

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

imię i nazwisko

adres zameldowania

adres pobytu

wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

nr i seria dowodu osobistego.....

PESEL obywatelstwo

telefon

CEL WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *

uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego	
uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego	
inny	
<i>wymienić jaki</i>	

OŚWIADCZAM, ŻE:

- ✓ dziecko pobiera zasiłek pielęgnacyjny pobiera świadczenie pielęgnacyjne
- ✓ składano nie składano uprzednio wniosek o niepełnosprawność:
kiedy z jakim skutkiem
- ✓ dziecko może nie może samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego, jeżeli nie to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo,
- ✓ 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,
- ✓ dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- ✓ zobowiązuję się powiadomić PZds.OoN w Siemiatyczach o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kpa),
- ✓ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZds.OoN w Siemiatyczach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych dla prowadzonych postępowań administracyjnych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności.

INFORMACJE DODATKOWE:

- ✓ do wniosku należy załączyć kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opinie psychologiczne, kartotekę poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności,
- ✓ zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia,
- ✓ dokumentacja medyczna złożona do PZds.OoN w Siemiatyczach stanowiąca dowód w sprawie i załączona do akt nie podlega zwrotowi wnioskodawcy,
- ✓ PZds.OoN w Siemiatyczach nie wykonuje kserokopii dokumentacji medycznej,
- ✓ właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych

godziny pracy Powiatowego Zespołu ds Orzekania o Niepełnosprawności w Siemiatyczach

poniedziałek	8.00 – 16.00
wtorek-piątek	7.30 – 15.30

* ***zaznaczyć w odpowiednim miejscu X***

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej*

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

adres zamieszkania

PESEL.....

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

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....
.....
.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....
.....
.....
.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

tak / nie *

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

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

11. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

tak / nie *

12. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności? tak / nie *

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* **niepotrzebne skreślić**