

Nr sprawy:
POZN.8321.20..... .ZP

Nr wniosku:
...../.....

Złotoryja, dnia

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Złotoryi**

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Wniosek składam:

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą zdrowia

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Numer aktu urodzenia, legitymacji szkolnej lub dowodu osobistego

Adres zameldowania na pobyt stały:

Adres pobytu

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamościseria i numer.....

Adres zameldowania na pobyt stały:

Adres pobytu

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących razem:

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* nie / tak (jaki?)

Wniosek składam dla celów:

- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku stałego
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkanie w oddzielnym pokoju
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystanie z karty parkingowej
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne (wymienić)
-
-

Zdolność dziecka do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że:

- **nie składałem/am/** **składałem/am*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności wr.
- **nie posiadam/** **posiadam*** orzeczenie o niepełnosprawności, ważne do dniar.
- 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*).

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 podnoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Obowiązuje się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

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.*

UWAGA !!!

W załączeniu należy przedłożyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (oryginał).
2. Posiadaną dokumentację medyczną (kserokopie)
3. Inne dokumenty

.....
czytelny podpis osoby składającej
wniosek(przedstawiciela ustawowego).¹

¹ podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli 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 społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego

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:

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

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*, tygodni*, miesiąca*
6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*
.....
.....
.....

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

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data.....

.....
podpis osoby ubiegającej się o zasiłek pielęgnacyjny

* określić właściwie i wypełnić czytelnie

