

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności poniżej 16 roku życia.
NALEŻY WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI.

Nr sprawy:.....

Człuchów, dnia

Wniosek o wydanie orzeczenia składam: (zaznacz znakiem X)	
☐	po raz pierwszy
☐	po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia (<i>wniosek można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia</i>)
☐	w związku ze zmianą stanu zdrowia – zmiana w orzeczeniu o niepełnosprawności

DANE DZIECKA:	
Imię i nazwisko dziecka:	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości dziecka:	odpis skrócony aktu urodzenia/legitymacja szkolna/dowód osobisty/paszport Nr dokumentu:

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA:	
Miejscowość:	
Ulica, nr domu, nr lokalu:	
Kod pocztowy i poczta:	
Adres pobytu: (jeżeli jest inny niż powyżej)	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:				
Imię i nazwisko:				
PESEL:				
Nr dowodu osobistego:				
Adres zamieszkania:				
Adres pobytu: (jeżeli jest inny niż powyżej)				
Adres korespondencji: (jeżeli jest inny niż powyżej)				
Nr telefonu:				
Czy posiada Pan/Pani adres do e-Doręczeń? - zaznacz znakiem X	☐	TAK	☐	NIE

Zwracam się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów: (zaznacz znakiem X)	
☐	uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
☐	uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
☐	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
☐	uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
☐	korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów innych – wymienić jakich:
☐	korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 z ustawy z 20.06.1997 Prawo o ruchu drogowym – uzyskania karty parkingowej

INFORMACJA O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM (niewłaściwe skreślić)			
Dziecko:	jest leżące/- porusza się samodzielnie/ - porusza się o kulach/ -na wózku inwalidzkim/ - z pomocą drugiej osoby		
Dziecko przyjmuje pokarmy:	samodzielnie / - jest karmione przez drugą osobę / - wymaga stosowania diety (jakiej) -		
Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)			
Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia			
Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno- lecniczych wykonywanych w domu i poza domem			
Częstotliwość wizyt lekarskich (w tygodniu, w miesiącu)			
SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA: (zaznacz znakiem X)			
Dziecko uczęszcza do przedszkola:		TAK	NIE
Dziecko uczęszcza do szkoły:		TAK – jakiej: ogólnodostępnej/ integracyjnej/ specjalnej	NIE

Oświadczam, że: (niewłaściwe skreślić)

1. dziecko **pobiera lub pobierało / nie pobiera** zasiłku pielęgnacyjnego,
2. dziecko **może /nie może** przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
3. 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
4. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
5. zapoznałem/-am się z klauzulami informacyjnymi PCPR Człuchów i PZOoN Człuchów.

Podpis przedstawiciela ustawowego
.....

Do wniosku dołącza się:

- zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności – **oryginał** – zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (ważność zaświadczenia lekarskiego- wydane 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku);;
- wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);
- inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, opis zdjęć RTG, wyniki EEG, USG, gastroscopia, spirometria, wyniki testów alergologicznych, konsultacje, w tym psychologiczne (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);