

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla osób poniżej 16-go roku życia

Prosimy wypełniać czytelnie drukowanymi literami

Nr sprawy _____

Człuchów, dnia _____

Wniosek o wydanie orzeczenia składam: **(zaznaczyć odpowiednio)**

po raz pierwszy w związku ze zmianą stanu zdrowia dziecka

po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia *(wniosek można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia)*

DANE DZIECKA:

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL dziecka Nr dokumentu tożsamości dziecka

(odpis skrócony aktu urodzenia/legitymacji szkolnej/dowodu osobistego/paszportu*)

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Ulica, nr domu, lokalu

Kod pocztowy i poczta

Adres pobytu

Jeżeli jest inny niż powyżej

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Imię i nazwisko

PESEL Nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Ulica, nr domu, lokalu

Kod pocztowy i poczta

Adres pobytu

Jeżeli jest inny niż powyżej

Adres korespondencji

Jeżeli jest inny niż powyżej

Tel.

E-mail:

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności do celów:

- 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 (DZ. U. z 2017 r. poz. 1260) *(karta parkingowa)*

INFORMACJA O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (niepotrzebne skreślić *)

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 _____

6. częstotliwość wizyt lekarskich (w tygodniu, w miesiącu)* _____

II. Sytuacja społeczna dziecka (niepotrzebne skreślić *)

1. dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do przedszkola:

2. dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do szkoły ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera lub pobierało/nie pobiera zasiłku pielęgnacyjnego*,

2. składano /nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy i z jakim skutkiem.....

3. 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),

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 nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie

5. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

6. zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Czulchowie.

Do wniosku dołącza się dokumentację medyczną:

- **zaświadczenie lekarskie – oryginał** – zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (ważność zaświadczenia lekarskiego- 30 dni 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, gastroskopia, spirometria, wyniki testów alergologicznych, konsultacje, w tym psychologiczne (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);

Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić