

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA*

- O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
- O PONOWNE USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
- O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UWZGLĘDNIAJĄCE ZMIANĘ STANU ZDROWIA**

Nr sprawy Myszków,

Imię :/...

Nazwisko: /...

Data urodzenia:miejsce urodzenia

Nr PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego

Telefon

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie
42-300 Myszków ul. Partyzantów 21
tel. 34 313 20 29**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:*

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie
- korzystania z uprawnień określonych w art.8 ust.1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o Ruchu Drogowym (Dz. U.z 2005 r.Nr 108, poz. 908.)
- Prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- inne

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1/ dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny
- 2/ składano (nie składano) * uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:
kiedy.....
z jakim skutkiem.....
- 3/ dziecko może (nie może) * przybyć na badanie przedmiotowe.
(Jeżeli nie, to należy załączyć 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.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznymi jestem świadomy /a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku przez PZON w Myszkowie w zakresie ustalonym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w celu wydania orzeczenia w postępowaniu administracyjnym. Na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZON w Myszkowie składa się zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowanie, zmienianie, udostępnianie, usuwanie. Potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(na), że mam prawo wglądu do swoich danych i o prawie ich poprawienia (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla matki/ ojca dziecka.

(imię i nazwisko).....

.....
PODPIS przedstawiciela ustawowego dziecka

.....DATA.....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

/ zaświadczenie wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku/

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej/ potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych/.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

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

.....
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

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

INFORMACJA

o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

I. Dane dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

II. Dane rodzica (opiekuna prawnego) starającego się o świadczenia:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania

Telefon.....

posiadane prawo jazdy - kategoria.....

III. Informacje o dziecku:

1. zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (niepotrzebne skreślić):

a/ dziecko jest leżące / porusza się: samodzielnie / o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby;

b/ przyjmuje pokarmy: samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę /, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej ?).....

c/ rodzaj ograniczenia innych czynności np. mycie się / ubieranie / załatwianie czynności fizjologicznych)

d/ rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia

.....

e/ rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno - leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia / tygodnia / miesiąca

.....

f/ częstotliwość wizyt lekarskich w domu / poza domem/ w tygodniu/ miesiącu

.....

2. sytuacja społeczna dziecka:

a/ dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola:

ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego, w wymiarze godzin dziennie/ tygodniowo.

b/ dziecko uczęszcza do szkoły:

ogólnodostępnej/ integracyjnej/ specjalnej - samodzielnie/ niesamodzielnie, w wymiarze godzin tygodniowo, która klasa

korzysta, nie korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie/ tygodniowo.

c/ korzysta/ nie korzysta ze świetlicy szkolnej/ stołówki szkolnej.

Oświadczam, że dane zawarte w powyższej informacji są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy /a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku przez PZON w Myszkowie w zakresie ustalonym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: w zakresie koniecznym dla ustalenia stanu faktycznego i prawnego, w celu wydania orzeczenia w postępowaniu administracyjnym, Na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZON w Myszkowie składa się zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowanie, zmienianie, udostępnianie, usuwanie. Potwierdzam, że zostałem(am) poinformowany(na), że mam prawo wglądu do swoich danych i o prawie ich poprawienia (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych).

Data.....

.....
PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA