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.

W związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie ul. Partyzantów 21 jako administrator danych osobowych informuje, że pozyskuje dane osobowe w trakcie prowadzonych postępowań administracyjnych. Dane osobowe są zbierane i wykorzystywane przez PZON w Myszkowie dla prowadzonych postępowań administracyjnych, w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia w sprawie ulg i uprawnień. Pozyskane dane osobowe nie są udostępnianie podmiotom trzecim, z zastrzeżeniem obowiązku wynikającego z odrębnych przepisów. Osoby, których dane osobowe zostały pozyskane przez PZON w Myszkowie dla w/w celów mają prawo dostępu do ich treści, a także prawo ich poprawiania. Obowiązek podania danych osobowych wynika z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

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

(imię i nazwisko).....

. .....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

…….. …… data ……..

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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)
   .....
   .....
   .....

.....

pieczątka i podpis lekarza

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.....

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.

W związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie ul. Partyzantów 21 jako administrator danych osobowych informuje, że pozyskuje dane osobowe w trakcie prowadzonych postępowań administracyjnych. Dane osobowe są zbierane i wykorzystywane przez PZON w Myszkowie dla prowadzonych postępowań administracyjnych, w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia w sprawie ulg i uprawnień. Pozyskane dane osobowe nie są udostępnianie podmiotom trzecim, z zastrzeżeniem obowiązku wynikającego z odrębnych przepisów. Osoby, których dane osobowe zostały pozyskane przez PZON w Myszkowie dla w/w celów mają prawo dostępu do ich treści, a także prawo ich poprawiania. Obowiązek podania danych osobowych wynika z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Data..... …….

PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA