

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŚWIDNIKU

UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 4, 21-040 ŚWIDNIK
TEL. 81 751 54 32 | E-MAIL: PZON@PCPR-SWIDNIK.PL

Numer sprawy:

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

DLA OSÓB, KTÓRE (proszę zaznaczyć tylko jedną możliwość):

- pierwszy raz ubiegają się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
- ponownie ubiegają się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w związku z faktem, iż posiadane orzeczenie utraciło lub w ciągu 30 dni utraci ważność
- posiadają ważne orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się o ponowne wydanie orzeczenia w związku ze zmianą stanu zdrowia

DANE DZIECKA:

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Numer PESEL: _ _ _ _ _

Numer i seria dokumentu tożsamości (np. paszport, odpis aktu urodzenia):.....

Adres zamieszkania:.....

Adres pobytu (do korespondencji):.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Numer PESEL: _ _ _ _ _

Numer i seria dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres pobytu (do korespondencji):.....

Telefon kontaktowy:.....

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO CELÓW:

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów

Cel podstawowy (należy wpisać jeden z zaznaczonych powyżej):

.....

SYTUACJA SPOŁECZNA:

Dziecko uczęszcza do (należy wpisać nazwę placówki, np. szkoła podstawowa, przedszkole itp.):.....

.....

OŚWIADCZAM, ŻE:

(proszę zakreślić jedną możliwość w każdym z punktów 1 - 5)

1. Na dziecko **pobieram / nie pobieram** zasiłek pielęgnacyjny.
2. Na dziecko **pobieram / nie pobieram** świadczenie pielęgnacyjne.
3. Aktualnie **toczy się / nie toczy się** w sprawie dziecka postępowanie przed innym organem orzecznictwem. Jeżeli tak, to jakim:
4. **Składałem / nie składałem** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka. Jeżeli tak, to kiedy:.....
Numer sprawy:
Z jakim skutkiem:.....
5. Dziecko **może / nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeżeli nie, to do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarza potwierdzające niemożność wzięcia przez dziecko udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby.
6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku posiadania aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, jeżeli nie nastąpiła zmiana stanu zdrowia dziecka, wniosek o ponowne wydanie orzeczenia o niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.
8. Oświadczam, iż wszystkie zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.
9. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świdniku z siedzibą przy ul. E. Orzeszkowej 6. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji procedury orzekania o niepełnosprawności. Ich podanie jest obowiązkowe, zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328 z późn. zm.). Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko, stanowiące Załącznik Nr 1 do wniosku;
2. dokumentację medyczną potwierdzającą stan zdrowia i mogącą mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, karty informacyjne, konsultacje specjalistyczne, opinie lekarskie;
3. inne dokumenty nie stanowiące dokumentacji medycznej, mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹
WYDANE DLA POTRZEB
POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŚWIDNIKU

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer i seria dokumentu tożsamości:.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:
-
-
-
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
-
6. Wykaz wykonywanych badań, potwierdzających rozpoznanie (załączonych do zaświadczenia):
-
-
-
7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (załączonych do zaświadczenia):
-
-
-
8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełen wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **TAK / NIE***
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać rok)
10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać rok)
11. Zdolność do uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego*:
- Dziecko **MOŻE** uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego.
 - Dziecko **NIE MOŻE** uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.

* **właściwe zaznaczyć**

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie