

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

wypełniają pracownicy PZON w		
Braki	wniosek kompletny ☐	braki ☐
	sprawdzono z dowodem tożsamości ☐	
	nr sprawy w archiwum PZON - /	

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka - Dąbrowa Górnicza

ul. tel.

tel. kom.

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Dąbrowie Górniczej
tel. 32 261 72 12
571-332-371**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ korzystania z prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju
- ☐ innych (jakich?).....

Oświadczam, że:

1. zasiłek pielęgnacyjny jest / był pobierany z tytułu niepełnosprawności dziecka
2. składano/nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
kiedy
z jakim skutkiem: pozytywnym/negatywnym
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 przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem
świadoma(y) wymogom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej
zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna: art. 41§ 1.KPA)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma(y)
odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.
2. Kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka (kart wypisowych i wyników badań potwierdzających schorzenie) od daty ostatniej komisji PZOON, tj. jeśli sprawa ma być rozpatrzona ponownie.
3. Kserokopię ostatniego orzeczenia o niepełnosprawności.
4. Kserokopię aktu urodzenia z numerem PESEL.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

INFORMACJA

o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad
dzieckiem przez osobę ubiegającą się o zasiłek

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek:

Imię i nazwisko dziecka:

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. Dziecko jest leżące*), porusza się: samodzielnie*), o kulach*), na wózku inwalidzkim*), z pomocą drugiej osoby*);
2. Przyjmuje pokarm samodzielnie*), jest karmione przez drugą osobę*), wymaga stosowania specjalnej 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 rehabilitacyjne-lecznicze wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*), tygodnia*), miesiąca*)
.....
.....
6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu*), poza domem*), w tygodniu*), w miesiącu*)
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko uczęszcza*), nie uczęszcza*) do przedszkola: ogólnodostępnego*), integracyjnego*), specjalnego*), w wymiarze godzin dziennie*), tygodniowo*),
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*), integracyjnej*), specjalnej*) - samodzielnie*), niesamodzielnie*), w wymiarze godzin tygodniowo;
Korzysta*), nie korzysta*), z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie*), tygodniowo*);
3. Korzysta*), nie korzysta*) ze świetlicy szkolnej*), stołówki szkolnej*).

Data

.....
podpis osoby ubiegającej się o zasiłek