

<b>WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> uwaga (dotyczy osób do 16-go roku życia)		
<i>Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Elku ul. Kilińskiego 36 tel. 87 621-64-85</i>		Nr sprawy. ZO- E- 8211. .N.20.....
L. Dz.	Data wpływu	Podpis pracownika

**DANE DZIECKA:**

nazwisko i imię .....  
 nr PESEL    /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /    nr dok tożsamości .....  
 Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....  
 adres zameldowania stałego .....  
 adres pobytu .....  
 adres korespondencyjny .....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:**

nazwisko i imię .....  
 nr PESEL    /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ /    Telefon kontaktowy.....  
 data i miejsce urodzenia .....  
 dokument stwierdzający tożsamość .....  
 adres zameldowania .....  
 adres pobytu .....  
 adres korespondencyjny .....

**Wnioskuje o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

po raz pierwszy  / po raz wtórny  / z powodu zmiany stanu zdrowia   
 (Wtórny wniosek składa się nie wcześniej niż 30 dni przed ukończeniem ważności poprzedniego orzeczenia)

**cel wniosku:**

- uzyskanie wskazań do zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie wskazań do świadczenia pielęgnacyjnego
- uzyskanie wskazań do korzystania z karty parkingowej
- inne ( jakie? ) .....

1. Czy składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności ?: **TAK**  / **NIE**

Nr sprawy ZO-E-8211. .N.20..... sprawa z dnia .....

**PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ POPRZEDNIEGO ORZECZENIA**

2. Czy dziecko może wziąć udział w posiedzeniu składu orzekającego (stan zdrowia)? **TAK**  / **NIE**

**UWAGA !!**

- ▶ Wniosek składa się wraz z aktualnym zaświadczeniem lekarskim wydanym na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - ważne 30 dni od daty wystawienia.
- ▶ Należy załączyć kserokopię aktualnej dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia dziecka (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu) (tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno- psychologiczne )
- ▶ W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**  
**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

.....  
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

**INFORMACJA**  
**o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem**

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

.....

imię i nazwisko dziecka: .....

Nr PESEL dziecka /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

**dziecko porusza się:**

samodzielnie , z pomocą , o kulach , na wózku inwalidzkim , jest leżące

**przyjmuje pokarmy :**

samodzielnie , jest karmione przez drugą osobę

wymaga stosowania specjalnej diety  (jakiej?) .....

**ograniczenia czynności samoobsługowych spowodowane stanem zdrowia dziecka**  
**( np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych )**

.....  
.....

**rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....  
.....

**rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno–lecniczych wykonywanych: ( w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca).**  
**- w domu**

.....  
.....

**- poza domem**

.....  
.....

**częstotliwość wizyt lekarskich: w domu / poza domem (w tygodniu, w miesiącu)**

.....  
.....

**Sytuacja edukacyjno-społeczna dziecka:**

Czy dziecko uczęszcza do przedszkola ? : **TAK**  / **NIE**

ogólnodostępnego  / integracyjnego  / specjalnego  w wymiarze godz. ....

Czy dziecko uczęszcza do szkoły ? : **TAK**  / **NIE**

ogólnodostępnej  / integracyjnej  / specjalnej  / ośrodka szkolno-wychowawczego

samodzielnie  / niesamodzielnie

Czy dziecko korzysta z nauczania indywidualnego ? : **TAK**  / **NIE**

w wymiarze ..... godzin tygodniowo

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
data i podpis przedstawiciela ustawowego dziecka