

Nr sprawy:

wypełnia pracownik

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznacz właściwe pole):

- ☐ po raz pierwszy
☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia dziecka

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania (stały)

Adres zamieszkania (korespondencyjny)

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania(stały)

Adres zamieszkania (korespondencyjny)

Telefon.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności w Pucku

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

(zaznacz właściwe pole):

- ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
☐ uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
☐ uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
☐ inne (jakie?).....

Oświadczam, że:

1. Dziecko **pobiera / pobierało** * zasiłek pielęgnacyjny do dnia.....

2. **Składano / nie składano** * uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności,
jeżeli tak, to 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 i nierokującej poprawy choroby).

4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, 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.

* niepotrzebne skreślić

**Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się
o zasiłek pielęgnacyjny.**

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji :

- a. Dziecko jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby *
- b. Przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania 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 częstotliwość zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
.....
- f. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu:
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka :

- a. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola: ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego, w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*.
- b. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej samodzielnie / niesamodzielnie, w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*.
- c. Dziecko korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo)*.
- d. Dziecko korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej *.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

Jednocześnie oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) oraz w celu realizacji ustawowych zasad Ośrodka pomocy społecznej - Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pucku wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz dziecka tj. zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie i pozyskiwanie m.in. w sądach, prokuraturze, policji, ośrodkach interwencji kryzysowej i in. organizacjach o podobnym zakresie działania.

Wymagane załączniki:

1. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,**
2. **kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań itp. potwierdzone za zgodność z oryginałem (imienna pieczęć, podpis, data) lub oryginały do wglądu w chwili składania wniosku,**
3. **kopie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające,**
4. **potwierdzenie z gminy o zameldowaniu dziecka na terenie powiatu puckiego,**
5. **odpis aktu urodzenia.**

.....
data i miejscowość

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić