

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA  
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
(dla dzieci do 16 roku życia)**

Proszę wypełnić czytelnie wszystkie pola druku!

Nr sprawy PZON.8211-D-3-.....(wypełnia organ)

Wniosek składany po raz pierwszy        TAK / NIE        (zaznaczyć właściwe)

Poprzednie orzeczenie traci ważność w dniu .....

**Jeżeli wniosek składny jest ponownie, a orzeczenie nie utraciło ważności to należy złożyć wniosek nie wcześniej niż 30 dni przed upływem terminu ważności poprzedniego orzeczenia!**

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka .....miejsce urodzenia.....

Nr Pesel dziecka ..... Obywatelstwo .....

Adres stałego zameldowania dziecka .....

Adres pobytu dziecka (jeśli jest inny niż adres zameldowania).....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania) .....

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia.....

Nr PESEL..... .Obywatelstwo .....

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)

.....

Nr i seria dowodu osobistego ..... Nr telefonu .....

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Nr 2 w Gorzowie Wlkp.  
Ul. Walczaka 110. 66-400 Gorzów Wlkp.**

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:**

- zasiłku pielęgnacyjnego\*,
- świadczenia pielęgnacyjnego\*
- uzyskanie karty parkingowej \*,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju\*,
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze\*,
- inne (jakie) .....

**Oświadczam, że:**

1. składano / nie składano\* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy?....., zaliczono / nie zaliczono\* dziecko do osób niepełnosprawnych, do kiedy ważne orzeczenie .....
2. Dziecko pobiera / nie pobiera\* zasiłek pielęgnacyjny/świadczenie pielęgnacyjne/inne jakie?....., od kiedy? (podać termin) .....
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 choroby lub nie rokującej poprawy tej choroby**),
4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznej 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 faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jestem świadomy o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawianiu (art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych – Dz, U. z 1997r. Nr 133, poz. 886)**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

**\*niepotrzebne skreślić**

## **UWAGA – do wniosku należy dołączyć!**

- 1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego lub rodzinnego na obowiązującym druku (oryginał), wydane nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku.**
- 2. Posiadaną dokumentację medyczną umożliwiającą ustalenie stopnia niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności (kserokopie tej dokumentacji, oryginały do wglądu)**
- 3. Inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność (kopie orzeczeń KRUS, ZUS, Powiatowych Zespołów do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności i innych)**
- 4. Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**
- 5. Przy ponownym składaniu wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną zgromadzoną po dacie wydania ostatniego orzeczenia. Dokumentację załączoną do wcześniej wydanych orzeczeń posiadamy w aktach sprawy.**

**Dokumentację medyczną stanowią: szpitalne karty informacyjne, opinie psychologiczne, konsultacje, wyniki badań specjalistycznych, historia choroby, wyniki testów, opisy zdjęć rtg itp. w zależności od schorzenia.**

**Wnioski do pobrania pod adresem:**

**[www.powiatgorzowski.pl](http://www.powiatgorzowski.pl) (zakładka Starostwo Powiatowe – dokumenty do pobrania)**

## INFORMACJA

### o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez rodzica (opiekuna) dziecka, ubiegającego się o zasiłek pielęgnacyjny

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna) dziecka:

.....

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Miejsce zamieszkania dziecka .....

#### I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. Dziecko jest leżące, \* porusza się samodzielnie\*, o kulach\*, na wózku inwalidzkim\*, z pomocą osoby drugiej\*,
2. Przyjmuje pokarmy samodzielnie\*, jest karmione przez drugą osobą\*, wymaga stosowania specjalnej diety\* (jakiej)

.....

3. Ograniczenia w innych czynnościach (mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)

.....

4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia

.....

5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\*, .....

.....

6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, .....

.....

#### II. Sytuacja społeczna dziecka:

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

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

\*odpowiednie podkreślić

.....  
podpis rodzica (opiekuna) dziecka

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejsowość, data

**Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.**

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

**wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1.Rozpoznanie choroby zasadniczej (nie należy używać języka łacińskiego):** .....

.....

.....

.....

**2.Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:**

.....

.....

.....

**3.Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

.....

.....

.....

**4.Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:**

.....

.....

.....

**5.Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:**

.....

.....

.....

**6.Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie**.....

.....

**7.Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie (w załączeniu)**

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?(data).....

Od kiedy posiada dokumentację medyczną?(data).....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta      Tak / Nie

W/w Pan/i wymaga (nie wymaga) opieki osoby drugiej ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/na do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności      Tak / Nie

**W przypadku trwałej niezdolności dziecka do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego należy wypełnić zaświadczenie lekarskie na następnej stronie.**

VERTE

.....  
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

.....  
(miejsowość i data (wypełnia lekarz))

**Zaświadczenie lekarskie**  
**wypełnić obowiązkowo, ale wyłącznie w przypadku trwałej niezdolności przybycia dziecka na**  
**posiedzenie składu orzekającego**

Stwierdza się, że dziecko ....., nr PESEL: .....  
jest trwale niezdolne do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu : .....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza wystawiającego)