

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy.....

Nowy Targ dnia.....

( Wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka.....nr dokumentu tożsamości.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Data i miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Numer dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego.....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Numer telefonu przedstawiciela ustawowego dziecka.....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności w Nowym Targu**  
34-400 Nowy Targ, ul. Szaflarska 39

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

- zasiłku pielęgnacyjnego
- świadczenia pielęgnacyjnego
- inne ( jakie? ).....

**Oświadczam, że:**

1. dziecko **pobiera / pobierało** zasiłek pielęgnacyjny,  
(Prosimy podać do kiedy dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny).....
2. **składano / nie składano** uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
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 lub nie rokującej poprawy choroby ).
4. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań  
dodatkowych, 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.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem  
świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

**dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności  
przez.....

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
podpis osoby zainteresowanej

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

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka: .....

Imię i nazwisko dziecka : .....

Data i miejsce urodzenia : .....

Adres zamieszkania : .....

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

1. dziecko jest leżące\*, porusza się : samodzielnie\*, o kulach\*, na wózku inwalidzkim\*, z pomocą drugiej osoby\*
2. przyjmuje pokarmy 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 rehabilitacyjno – leczniczych 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.
3. korzysta \* , nie korzysta \* z nauczania indywidualnego w wymiarze ..... godzin  
dziennie \* , tygodniowo \*
3. korzysta \* , nie korzysta ze świetlicy szkolnej \* , stołówki szkolnej \*

Data: .....

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\* - niepotrzebne skreślić

Miejscowość .....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Data .....

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
  
2. Przebieg schorzenia podstawowego
  
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
  
4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
  
5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
  
6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne inne potrzeby w tym zakresie
  
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka ( w załączeniu)
  
8. Czy dziecko może zgłosić się na posiedzenie Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności TAK \*  
/NIE \*

**Ważność zaświadczenia -30 dni od daty wystawienia przez lekarza.**

.....  
Pieczętka i podpis lekarz  
Wystawiającego zaświadczenie

\*- niepotrzebne skreślić