

Nr sprawy .....

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

### Uwaga :

**wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić dużymi drukowanymi literami!**

....., data .....

**Nazwisko dziecka i imię (imiona)** .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Adres miejsca zameldowania dziecka .....

Adres miejsca pobytu dziecka .....

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

Nr PESEL dziecka .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .....

### **Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica lub opiekuna):**

Imię (imiona) i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres miejsca zameldowania .....

Adres miejsca pobytu .....

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

Nr PESEL .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .... / .....      Telefon .....

**Powiatowy Zespół do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w Wodzisławiu Śl.  
ul. Wałowa 30  
44-300 Wodzisław Śl.**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu uzyskania\*:

- zasiłku pielęgnacyjnego
- świadczenia pielęgnacyjnego
- sprzętu ortopedycznego
- karty parkingowej
- inne ( jakie?) .....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera zasiłek pielęgnacyjny / nie pobiera zasiłku pielęgnacyjnego\*,
2. składano/ nie składano\* uprzednio wniosku 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 lub nie rokującej 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/a 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. W przypadku nauczania indywidualnego – orzeczenie kwalifikacyjne oraz aktualne badanie psychologiczne.**

\* właściwe zaznaczyć

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka  
rodzica lub opiekuna

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

**Informacje o dziecku:**

1. **zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (niepotrzebne skreślić):**
  - a) dziecko jest leżące/ porusza się: samodzielnie/ o kulach/ na wózku inwalidzkim/ z pomocą drugiej osoby;
  - b) przyjmuje pokarmy: samodzielnie/ jest karmione przez drugą osobę/, wymaga stosowania specjalnej 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 liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia/ tygodnia/ miesiąca .....
  - f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu/poza domem/w tygodniu/miesiącu .....
2. **sytuacja społeczna dziecka:**
  - a) dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza do przedszkola:  
- ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego, w wymiarze.....godzin dziennie/ tygodniowo,
  - b) dziecko uczęszcza do szkoły:  
- ogólnodostępnej/ integracyjnej/ specjalnej,  
- samodzielnie/ niesamodzielnie, w wymiarze ..... godzin tygodniowo, która klasa.....  
- korzysta/nie korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze.....godzin dziennie/ tygodniowo,
  - c) korzysta/ nie korzysta ze świetlicy szkolnej/ stołówki szkolnej.
3. **OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W POWYŻSZEJ INFORMACJI SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**
4. **W związku ze złożeniem wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stosownie do treści art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka aktualnie i w przyszłości.**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka  
(rodzica lub opiekuna)

**Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,  
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!**

....., dnia .....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia** ..... PESEL .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.....

**Adres zamieszkania** .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej** .....

.....

.....

.....

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium** .....

.....

.....

.....

.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące** .....

.....

.....

.....

.....

**4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja** .....

.....

.....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu).....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia .....

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie\*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania

o niepełnosprawności jest \* :

- a) zdolny/a,
- b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej,
- c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu.

.....

pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

*\*właściwie zaznaczyć*

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

### ***Zaświadczenie lekarskie***

**Imię i nazwisko** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**PESEL** .....

**Adres zamieszkania** .....

**Opis stanu ogólnego i/lub miejscowego pacjenta** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

W związku z powyższym osoba lub dziecko\*:

- *może* uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego,
- *może uczestniczyć* w posiedzeniu składu orzekającego w towarzystwie osoby drugiej
- *nie może* uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

\* *właściwe podkreślić*

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie