

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy: ZOON-I-40110/dz-.....
(wypełnia PZOON)

Nr kolejny.....

DANE OSOBOWE DZIECKA:

Imię pierwsze dziecka.....Imię drugie dziecka.....
Nazwisko dziecka
Data i miejsce urodzenia.....Nr PESEL _ _ _ _ _
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości dziecka
Adres zameldowania dziecka
Adres pobytu dziecka (wypełnić, gdy jest inny niż adres zameld.).....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:

Imię pierwszeImię drugie
Nazwisko
Data i miejsce urodzenia.....Nr PESEL _ _ _ _ _
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego
Telefony kontaktowe

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

- 1) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 - 2) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
 - 3) korzystania z karty parkingowej,
 - 4) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
 - 5) uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
 - 6) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
 - 7) innych (wymienić jakich)
- Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-7)

Dziecko uczęszcza do żłobka/przedszkola/szkoły* (nazwa i miejsce, klasa)
.....

Czy dziecko było/jest* zaliczone do osób niepełnosprawnych?

Orzeczenie wydano do dnia

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

W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego wydane w ciągu 30 dni od daty wystawienia,
2. kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne wniosku,
3. odpis skrócony aktu urodzenia (kserokopia),
4. kserokopię posiadanych orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez PZOON

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Miejscowość.....
Data.....

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
ważne 30 dni od daty wystawienia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu).....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu sanatorium

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

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

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? /data/

Od kiedy pacjent 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 niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. TAK/NIE*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

TAK/NIE*

.....

pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

.....
* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnianie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanej dokumentacji medycznej

.....

pieczętka zakładu pracy chronionej

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie