

**Informacja o zakresie opieki sprawowanej nad dzieckiem
przez osobę ubiegającą się o orzeczenie niepełnosprawności dziecka.**

1. 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 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, w 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 dziennie / tygodniowo*
- c) korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*
- d) Korzysta / nie korzysta* ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej*

*właściwe zaznaczyć

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka **

** - W przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej należy przedstawić pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego dziecka na reprezentowanie interesów małoletniego przez Ośrodek. W przypadku dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej, gdy rodzic biologiczny nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej, z wnioskiem o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności występuje, a także reprezentuje dziecko podczas posiedzenia składu orzekającego, rodzic biologiczny. Jeśli władza rodzicielska została sądowo odebrana, to z wnioskiem o wydanie orzeczenia występuje rodzic zastępczy.

OŚWIADCZENIE - wyłącznie dla osób, posiadających ważne orzeczenie, które upoważniało do wydania karty parkingowej lecz w związku ze zmianą przepisów prawa ruchu drogowego w 2014 r. straciły to prawo i kolejny wniosek o wydanie orzeczenia składany jest w celu ponownej weryfikacji tego uprawnienia.

Oświadczam, iż wniosek z dnia, o wydanie orzeczenia składam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, ze zm.).

.....
Podpis przedstawiciela dziecka

WYPEŁNIA JEDEN WYBRANY LEKARZ (opisując całościowo stan zdrowia)
Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data (wypełnia lekarz!)

Zaświadczenie o stanie zdrowia – dla dziecka poniżej 16-go roku życia
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Wzrost Waga RR mmHg, R.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (zaświadczenie należy wypełnić w języku polskim):

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

4. Ocena dotychczasowego leczenia i rehabilitacja (rokowanie - możliwość poprawy, dalsze leczenie i rehabilitacja):

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzebny w tym zakresie:

6. Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną związaną z chorobą zasadniczą? (data)

7. W/w dziecko wymaga opieki osoby drugiej ze względu na ograniczoną zdolność samodzielnej egzystencji
.....
Tak* **Nie***

8. W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (w przypadku pozytywnej odpowiedzi na ten punkt, należy potwierdzić ten fakt osobnym zaświadczeniem!)
Tak* **Nie***

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarz