

**Wniosek o wydanie orzeczenia
o niepełnosprawności
dla osób poniżej 16-go roku życia**



Znak sprawy ON.8321.1.....2020

.....
Data wpływu wniosku (wypełnia urząd)

INFORMACJA DLA WNISKODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK:

Do wniosku należy obowiązkowo dołączyć :

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane na potrzeby orzekania (oryginał).
2. Dokumentację medyczną ułożoną chronologicznie począwszy od daty ostatniego orzeczenia, która potwierdza rozpoznanie choroby zasadniczej opisanej w zaświadczeniu o stanie zdrowia (oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez zakład opieki zdrowotnej).

Wniosek składany (**należy zaznaczyć znakiem „X” wyłącznie jeden tryb** wszczęcia sprawy):

- po raz pierwszy
- po raz kolejny (UWAGA! Jeśli wniosek składany jest w celu kontynuacji orzeczenia, to należy go złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed utratą ważności aktualnej decyzji);
- w związku ze zmianą stanu zdrowia – np. w celu uzyskania nowej przyczyny niepełnosprawności.

Dane orzekanego dziecka:

Imię i nazwisko

Obywatelstwo Nr PESEL _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr aktu urodzenia / Nr i seria dowodu osobistego*

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko Nr PESEL _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Adres do korespondencji

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu *

Nr telefonu (pole nieobowiązkowe, ale jego wypełnienie ułatwia kontakt z urzędem)

Zwracam się do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli

o wydanie orzeczenia dla celów (należy zaznaczyć znakiem „X” najważniejszy punkt lub punkty):

- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
- Zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- Uzyskania urlopu wychowawczego w innym wymiarze,
- Korzystania z innych ulg i uprawnień (jakich)

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
2. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
3. Pouczony/a o treści *art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (j.t. Dz. U. 2019r., poz. 1397)*, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że miejscem pobytu stałego dziecka, dla którego składam niniejszy wniosek, jest w/w adres podany w rubryce: „Adres zamieszkania”.

**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 wniosków osób małoletnich umieszczonych w pieczy zastępczej, dołączyć postanowienie sądu, z którego będzie wynikać, że osoba sprawująca pieczę ma prawo do składania wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. W sytuacji, gdy rodzic biologiczny został ograniczony we władzy rodzicielskiej, to prawo do wystąpienia z wnioskiem o wydanie orzeczenia, a także reprezentowania dziecka podczas posiedzenia sądu orzekającego ma rodzic biologiczny.

W przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej należy przedstawić pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego dziecka na reprezentowanie interesów małoletniego przez Ośrodek.

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

Administratorem Danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Nowej Soli. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych. Pozostałe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych i praw osób, których dane dotyczą dostępne są w Klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Powiatu Nowosolskiego pod adresem: <https://powiat-nowosolski.pl> w zakładce RODO.

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 lekarza