

**Wniosek
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka do lat 16-stu**

Wniosek składam: ☐ pierwszy raz ☐ kolejny raz (kontynuacja)
☐ celem zmiany wskazań ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane dziecka:

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL Data urodzenia.....

Nr aktu urodzenia/legitymacji szkolnej/dowodu osobistego/paszportu

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Gdyni**

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

CEL PODSTAWOWY (wybrać jeden z niżej wymienionych)

a także dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X):

- ☐ zasiłek pielęgnacyjny
☐ świadczenie pielęgnacyjne
☐ inny (podać jaki)

Oświadczam, że:

1. ☐ **Składano** / ☐ **Nie składano*** uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności:

jeżeli tak, to: Nr orzeczenia,, z dnia
(data wydania orzeczenia)

ze skutkiem: ☐ zaliczyć / ☐ nie zaliczyć do osób niepełnosprawnych,
orzeczenie wydane na okres do:
(data ważności orzeczenia)

2. 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.

3. 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.

4. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu** do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art.41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

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

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

*właściwe zaznaczyć

Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

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 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 / w miesiącu*
.....
.....

2. Sytuacja społeczna dziecka:

- a) dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do przedszkola:
ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego* w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo *
- b) dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do szkoły:
ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej* - samodzielnie / niesamodzielnie*,
w wymiarze godzin tygodniowo
- c) dziecko korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze
godzin dziennie / tygodniowo*
- d) dziecko korzysta / nie korzysta* ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej*

PRAWDZIWOŚĆ POWYŻSZYCH INFORMACJI POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM

*właściwe zaznaczyć

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka