

*Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***

Miejscowość i data.....

Nr telefonu [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów: (odpowiednie zaznaczyć):

- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- innych (wymienić jakich).....

Oświadczam, że:

1. Czy dziecko było/jest zaliczone do osób niepełnosprawnych, jeśli tak to kiedy ?.....
2. Jeżeli dziecko jest zaliczone do osób niepełnosprawnych to wnioszek dotyczy ponownego orzeczenia*/zmiany stanu zdrowia*?
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 poprawy 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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY O ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIA PRAWDY – zgodnie z art. 233 k.k.

Do wniosku załączam:

-posiadaną **dokumentację medyczną** dotyczącą stanu zdrowia dziecka (potwierdzoną pieczętą za zgodność z oryginałem), zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarz leczącego (ważne 30 dni od daty wystawienia), kserokopię poprzedniego orzeczenia.

WNIOSEK BEZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NIE BĘDZIE PRZYJĘTY

*niepotrzebne skreślić

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka/opiekuna prawnego dziecka

INFORMACJA

Imię pierwsze, imię drugie i nazwisko dziecka.....

[illegible]

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest leżące*, porusza się: samodzielnie*, o kulach*, na wózku inwalidzkim*, z pomocą drugiej osoby*;
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie*, jest karmione przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety* (jakiej?)
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
.....
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia* , miesiąca*:
.....
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*
.....
.....
.....
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza*, nie uczęszcza* do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego*,
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*, ogólnodostępnej z internatem*, integracyjnej*, specjalnej*, ośrodka szkolno - wychowawczego*, samodzielnie*, niesamodzielnie*,
3. korzysta*, nie korzysta* z nauczania indywidualnego.

Zgodnie z art. 41 §1 KPA należy powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data i podpis przedstawiciela ustawowego dziecka/ opiekuna prawnego dziecka

* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych – RODO z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 2016r.)

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka / opiekuna prawnego dziecka