

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

1. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (wypełnić adekwatnie do sytuacji dziecka)

- 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*

Oświadczenia:

- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku i jestem świadomy/a, że za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi odpowiedzialność karna.
- Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
- Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia, przewodniczący zespołu zawiadamia osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie (ewentualne koszty dostarczenia dokumentacji ponosi strona postępowania).

Oświadczam, że władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom*

TAK NIE

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka **

* - zaznaczyć właściwie

** - W przypadku wniosków osób nieletnich 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 jedynie 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 Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez przewodniczącego Zespołu. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratorze. 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 Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Nowosolskiego pod adresem:

<https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>

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

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

.....
data wydania (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

.....
Nr PESEL

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?

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 ds. Orzekania o Niepełnosprawności (w przypadku pozytywnej odpowiedzi na ten punkt, należy potwierdzić ten fakt osobnym zaświadczeniem!)

Tak* **Nie***

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarz