

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



Znak sprawy ON.8321.1.....2025

(wypełnia urząd)

Data wpływu wniosku (wypełnia urząd)

PRZECZYTAJ ZANIM WYPEŁNISZ - do wniosku należy obowiązkowo dołączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane na potrzeby orzekania (oryginał).
2. Dokumentację medyczną ułożoną chronologicznie poczynawszy 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, istnieje możliwość przedłożenia oryginałów i kserokopii, które zespół uwierzytelni dla swoich potrzeb).

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 można go złożyć **nie wcześniej niż 2 miesiące** 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

Dokument tożsamości (wyłącznie dowód osobisty lub paszport):

seria /... /... / ... / numer /... /... /... /... /... /... /... /

Adres zamieszkania (miejsce stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności)

.....

Dane rodzica dziecka (lub ustanowionego sądownie opiekuna prawnego – w tym wypadku należy dołączyć postanowienie sądu pod rygorem pozostawienia sprawy bez rozpoznania)

Imię i nazwisko

Obywatelstwo Nr PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Dokument tożsamości (dowód lub paszport): seria /... /... / ... / numer /... /... /... /... /... /... /... /

Adres zamieszkania

Nr telefonu, na który można przekazać wiadomość SMS o terminie komisji

Zwracam się do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli

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

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

.....

.....

.....

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:

- 1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku.
- 2. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
- 3. 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.

.....
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:

WYPEŁNIA JEDEN WYBRANY LEKARZ (opisując całościowo stan zdrowia)

Zaświadczenie jest ważne 3 miesiące 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***