Dokumenty należy przesłać: **POWIATOWY ZESPÓŁ**
DS ORZEKANIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
26-600 RADOM UL. DOMAGALSKIEGO 7

WNIOSEK
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności do 16-go roku życia

Nr sprawy …… data ……..

Imię i nazwisko dziecka ……
Data i miejsce urodzenia dziecka ……..
Nr PESEL dziecka …….
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka ……..
Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ……...
Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka ……
…….

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
O Stopniu Niepełnosprawności w Radomiu

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:
- zasiłku pielęgnacyjnego
- inne (jakie?) …….

Oświadczam, że:
1. dziecko pobiera/pobierało* zasiłek pielęgnacyjny;
2. składano/nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy ……
   ……..
   z jakim skutkiem …….
3. dziecko może/nie może* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaswiadczenie lekarskie potwierdzające niemożliwość wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby)
4. w razie stwierdszonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będacego 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 swiadomy/a odpowiadzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną stanu zdrowia dziecka.

* niepotrzebne skreślić

……..
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

miejscowość i data

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

/zaświadczenie jest ważne jeden miesiąc od daty wystawienia/

Zaświadczenie lekarskie o Stanie Zdrowia

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko ……
Data i miejsce urodzenie ……..
Adres zamieszkania ……..
Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) …….
PESEL …….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej …….....
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……
   ……
2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.
   ……..
   ……..
   ……..
4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium
   ……..
   ……..
   ……
   ……
   ……
5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja.
   …….....
   ……
   ……..
6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny ewentualne potrzeby w tym zakresie
   ……..
   ……..

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie
(w załączeniu).

……..
……..
……..
……..

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia ……

……...
……...
……..
……

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data) ……
……..

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) ……...

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ?

TAK / NIE

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożliwośc samodzielnej egzystencji.
W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK / NIE

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

TAK / NIE

…….
pieczątka i podpis lekarza
wystawiajacego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić
** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie konieczności do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

……..
pieczątka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

pieczątka zakładu pracy chronionej