

2. 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 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

Oświadczam, że:

1. Aktualnie*: nie toczy się, toczy się, w sprawie dziecka postępowanie przed innym organem orzecznictwem (Sąd pracy i ubezpieczeń Społecznych, WZOOON), proszę podać jakim*

2. nie składano* składano*, uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności*, jeżeli tak, to kiedy (data) numer sprawy z jakim skutkiem:

zaliczone do osób niepełnosprawnych do dnia niezaliczone do osób niepełnosprawnych

3. dziecko może (w obecności przedstawiciela ustawowego) nie może, przybyć na posiedzenie składu orzekającego na badanie przedmiotowe*.

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.

5. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania zgodnie z art.41 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.)

6. Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów (art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny)

7. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy, art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 2021 r. poz. 2345 ze zm.) (Dz.U. z 2021 r. poz. 2345, ze zm.).

W załączeniu do wniosku przedkładam:

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. – **przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia,
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeżeli takie były).

.....
Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka
(matki lub ojca lub opiekuna prawnego)

Dodatkowe informacje o pomoc w wypełnieniu wniosku można uzyskać pod numerem telefonu **32 670 52 55**
Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu **32 670 52 55**
oraz na stronie internetowej www.pcpr.zawiercie.powiat.pl

*właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce lub niepotrzebne skreślić