



Oświadczenie:

1. Oświadczam, że dziecko pobiera/pobierało zasiłek pielęgnacyjny\* w okresie:  
od ..... do .....
2. Oświadczam, że nie składano/składano\* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli tak, to gdzie i kiedy .....  
i z jakim skutkiem .....
3. Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego (właściwe podkreślić):
  - dziecko przybędzie z opiekunem,
  - dziecko nie może przybyć (w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia.
2. Posiadaną dokumentację medyczną tj. ....

**Uwaga ! Do wniosku należy załączyć:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia na obowiązującym druku, wydane przez lekarza leczącego– specjalistę lub lekarza rodzinnego **nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku.**
2. Posiadaną dokumentację medyczną umożliwiającą ustalenie stopnia niepełnosprawności, datę powstania niepełnosprawności (kserokopie tej dokumentacji, oryginały do wglądu)
3. Inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność (kopie orzeczeń ZUS, KRUS, KIZ, powiatowych i wojewódzkich zespołów orzekających i innych organów orzecznich , opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego)
4. Dokumentację medyczną stanowią: szpitalne karty informacyjne, opinie lekarzy specjalistów, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań rtg, usg, itp. w zależności od schorzenia (kserokopia tej dokumentacji – oryginały do wglądu)..

.....  
podpis osoby zainteresowanej lub  
przedstawiciela ustawowego

\*właściwe podkreśli

stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

miejsowość .....

data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
**wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności**  
(ważne 30 dni od daty wypisania)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu ..... PESEL .....

- Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....

.....  
.....  
.....

- Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);  
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowanie choroby:

.....  
.....  
.....

- Uszkodzenia innych narządów i układów, oraz choroby współistniejące:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....  
.....  
.....

- Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....  
.....  
.....

- Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

.....  
.....

- Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....  
.....  
.....

- Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia: .....

.....  
.....  
.....

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? data .....

W/w Pan/Pani wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/Pani jest zdolny/nie jest zdolny\* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół. tak/nie

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

**Upoważnienie dla pracownika socjalnego  
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
do wglądu w dokumentację orzekanej osoby we właściwym  
Ośrodku Pomocy Społecznej i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego, informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, w tym świadczeń pomocy społecznej.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis osoby zainteresowanej