



**Oświadczam, że:**

1/ dziecko pobiera / pobierało\* zasiłek pielęgnacyjny w okresie od .....  
do .....

2/ składano / nie składano\* uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli  
tak, to gdzie i kiedy .....  
i z jakim skutkiem .....

3/ **na posiedzenie składu orzekającego\*** :

- dziecko przybędzie,
- dziecko nie może przybyć (w tym przypadku należy załączyć **zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**).

**OŚWIADCZAM, iż:**

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- dołączone przeze mnie kopie dokumentów medycznych są zgodne z oryginałami.

**W załączeniu przedkładam\*:**

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.
2. Kserokopie (i oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej,  
tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki  
opisowe RTG, MR, TK, badania psychologiczne, inne.....  
.....

**UWAGA!**

**Wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dziecka  
można złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie Zespołu oraz na stronie internetowej:

<http://orzecznictwopila.mojbip.pl>

Oświadczam, że władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom\* :

TAK

NIE

.....  
czytelny podpis  
przedstawiciela ustawowego dziecka

\* właściwie podkreślić/ zaznaczyć

**INFORMACJA**  
**o zakresie opieki i pielęgnacji nad dzieckiem**

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

**I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

1. dziecko jest leżące\*, porusza się: samodzielnie\*, o kulach\*,  
na wózku inwalidzkim\*, z pomocą drugiej osoby\*;
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie\*, jest karmione przez drugą osobę\*,  
wymaga stosowania specjalnej diety\* (jakiej?) .....
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie  
czynności fizjologicznych) .....
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia  
.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza  
domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\*, .....
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu\*, poza domem\*, w tygodniu\*, miesiącu\*  
.....

**II. Sytuacja społeczna dziecka:**

1. dziecko uczęszcza\* nie uczęszcza\* do żłobka\* do przedszkola:  
ogólnodostępnego\*, integracyjnego\*, specjalnego\* w wymiarze..... godzin  
dziennie\*, tygodniowo\*;
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej\*, ogólnodostępnej z internatem\*  
integracyjnej\*, specjalnej\*, specjalnej z internatem\*, ośrodka szkolno-  
wychowawczego \*  
- samodzielnie\*, niesamodzielnie\*, w wymiarze.....godzin tygodniowo;  
korzysta\*, nie korzysta\* z nauczania indywidualnego w wymiarze .....  
godzin dziennie\*, tygodniowo\*;
3. korzysta\*, nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej\*, stołówki szkolnej\*.

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
Podpis przedstawiciela  
ustawowego dziecka

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(imię i nazwisko)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE**  
***o miejscu pobytu stałego***

Pouczony o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o *ewidencji ludności* zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że <sup>2</sup> :

- moim miejscem pobytu stałego,
- miejscem pobytu stałego dziecka,
- miejscem stałego pobytu osoby w imieniu której składam wniosek

jest: .....

(należy wpisać **ADRES MIEJSCA POBYTU STAŁEGO**)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny – *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

---

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia

<sup>2</sup> Właściwie zaznaczyć

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
**wydane dla potrzeb**  
**Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
**( dotyczy osoby poniżej 16 roku życia )**

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (w załączeniu):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK / NIE\*

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

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

12. W/w. osoba jest niezdolna do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.**

**TAK / NIE\***

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**Zaświadczenie lekarskie**  
**(wypełnić z przypadku trwałej niezdolności do odbycia podróży – dot. pkt. 12)**

Stwierdza się, że.....PESEL.....  
jest trwale niezdolna/y do odbycia podróży, celem udziału w posiedzeniu w posiedzeniu składu orzekającego,  
z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby (podać charakter schorzenia):

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

**Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne tylko 30 dni.**

\* niepotrzebne skreślić