|  |  |
| --- | --- |
| **herb** | **WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Miejsce** | **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** **pokój nr 3, parter, podjazd dla osób niepełnosprawnych od strony zachodniej budynku****ul. Okrzei 49B, 28-300 Jędrzejów****Godziny pracy: poniedziałek - 7:30 - 16:30, wtorek -czwartek - 7:30-15:30, piątek – 07:30-14:30** |
| **Informacja** | tel.: (41) 38 636 00 wew. 24fax: (41) 38 60 00 wew. 24**e-mail: zon@powiatjedrzejow.pl** |
| **Wymagane dokumenty** | 1.Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności wraz z zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wydanym dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - druki  dostępne poniżej, w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności bądź właściwym dla gminy Ośrodku Pomocy Społecznej |
| **Załączniki** | Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej świadczącej o przebiegu schorzenia/ń. W przypadku orzeczenia kolejnego jedynie dokumentacja, która przybyła od ostatniej komisji w Zespole. |
| **Opłaty skarbowe** | Nie dotyczy |
| **Termin załatwienia sprawy** |  Do 30-60 dni od dnia doręczenia wniosku. |
| **Tryb odwoławczy** | 1. Przyjęcie wniosku w sprawie wydania orzeczenia nie wymaga wydania decyzji nie ma więc podstaw do trybu postępowania odwoławczego.2.W przypadku wniesienia sprzeciwu od orzeczenia, odwołanie wnosi się do Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, za pośrednictwem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie, w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia stronie. |
| **Uwagi** | 1. W przypadku braku kompletu wymaganych dokumentów organ wzywa do uzupełnienia niezbędnej dokumentacji.
2. W przypadku nieuzupełnienia wymaganej dokumentacji w terminie wyznaczonym przez Zespół oraz niewystąpieniem z prośbą o zawieszenia postępowania do czasu jej uzupełnienia, organ pozostawia wniosek bez rozpoznania.
 |
| **Opis** | Podstawa prawna: 1. Ustawa z dnia 14.06.1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (tekst jednolity z dnia 03.10.2018 r., Dz. U. z 2018 r. poz.2096.),
2. Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( tekst jednolity z dnia 07.02.2018 r., Dz.U. z 2018 r., poz.511),
3. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 01.02.2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. z 2002 r. Nr 17, poz. 162 z późn. zm.),
4. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jednolity z dnia 03.10.2018 r., Dz.U. z 2018 r., poz 2027).
 |

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

 miejscowość......................................................

 data .............................................

Nr sprawy ....................................................

Imię i nazwisko dziecka.....................................................................................................

Data i miejsce urodzenia dziecka........................................................................................

PESEL dziecka....................................................................................................................

Adres zamieszkania dziecka................................................................................................

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka ......................................................

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ....................................................................

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka ...............................................

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

Nr telefonu .................................................................................................................................

### *Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania*

 ***o Niepełnosprawności w Jędrzejowie***

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o niepełnosprawności dla celów :\*

* zasiłku pielęgnacyjnego,
* uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
* zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
* inne (jakie?) .........................................................................................................................

Oświadczam, że:\*

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny
2. składano /nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:

jeżeli tak to kiedy.............................................................................................................................................

z jakim skutkiem............................................................................................................................................

1. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe. (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
2. 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.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

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

* niepotrzebne skreślić podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

#### ...........................................................................

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej, gabinetu lekarskiego

#### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

**wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko dziecka : ........................................................................

PESEL dziecka : .....................................................................................

Data urodzenia : ......................................................................................

Miejsce zamieszkania : .............................................................................................................

Imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka : .........................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

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

1. Przebieg schorzenia podstawowego :

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące :

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

1. Rokowania ( możliwości poprawy ), dalsze leczenie i rehabilitacja :

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

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby :

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

1. Wykaz badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznej i innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka ( w załączeniu ) :

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

7. W/w dziecko wymaga stałej opieki i pomocy osoby drugiej w sposób przewyższający zakres opieki nad

 dzieckiem zdrowym w danym wieku. TAK/NIE\*

8. W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw

 orzekania o niepełnosprawności TAK / NIE **\***

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

 miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza

**Uwagi:**

1. Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

2. Zaświadczenie winno być wypełnione **w całości** przez lekarza

**W CELU OTRZYMANIA ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOPEŁNIĆ NIŻEJ WYMIENIONYCH FORMALNOŚCI:**

**Dostarczyć następujące dokumenty:**

* **Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności**
* **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, wypełnione w całości przez lekarza oraz wystawione nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku**
* **Kserokopie poprzedniego orzeczenia (m.in. ZUS, KRUS)**
* **Kserokopia dokumentacji medycznej świadczącej o przebiegu schorzenia:**
* **Ksero kart informacyjnych leczenia szpitalnego**
* **Ksero wyników ważniejszych badań (Rtg ,Usg itp.)**
* **Ksero historii choroby od lekarza/y prowadzącego/ych**
* **Zaświadczenia lekarskie dotyczące chorób współistniejących**
* **Jeżeli wniosek składany jest po raz kolejny należy załączyć tylko nową dokumentację medyczną, która przybyła od ostatniej komisji w PZOON**

**W przypadku braku powyższych danych nie jest możliwe wydanie orzeczenia o stopnia niepełnosprawności.**

***Wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***