



**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. WYRAŻAM ZGODANIE NA PRZETWARANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB POWIATEWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKNIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z USTAWĄ Z Dn. 29 sierpnia 1997 r. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (Dz. U. 2014, poz. 1182).**

**Do wniosku należy dołączyć:** Informację o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem, zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego, które jest ważne 30 dni od daty wystawienia, posiadaną dokumentację medyczną (wypisy ze szpitala, konsultacje lekarzy specjalistów, badania specjalistyczne – EKG, ECHO SERCA, EEG, USG, TK, MR, opinie psychologiczne, wyniki opisowe badań RTG (zdjęcia przedkłada się do wglądu na posiedzeniu składu orzekającego) oraz inne posiadane dokumenty - (Kserokopie w kopercie A4). Jeżeli Dziecko uczęszcza do szkoły należy dodatkowo dostarczyć kserokopie legitymacji szkolnej oraz zaświadczenie ze szkoły. Kserokopie poprzednie orzeczenia z PZON

**WNIOSKI BEZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJĄCEJ POSIADANIE SCHORZENIA NIE BĘDĄ PRZYJMOWANE !!!**

### INFORMACJA

O zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się o zasiłek pielęgnacyjny

Imię i nazwisko dziecka.....  
Data i miejsce urodzenia.....  
Adres zameldowania.....  
Imię i nazwisko opiekuna dziecka.....

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

- 1) Dziecko porusza się:  samodzielnie  jest leżące  o kulach  na wózku inwalidzkim  z pomocą drugiej osoby
- 2) Przyjmuje pokarmy:  samodzielnie  jest karmione przez drugą osobę  wymaga stosowania diety (jakiej?).....
- 3) Rodzaje ograniczenia innych czynności (np. mycie się ubieranie, załatwienie potrzeb fizjologicznych):  
.....  
.....
- 4) Rodzaje i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia  
.....  
.....
- 5) Rodzaje 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 w miesiącu.....

#### II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko  ucęszcza  nie ucęszcza\* do przedszkola:  ogólnodostępnego  integracyjnego  specjalistycznego.  samodzielnie  niesamodzielnie wymiarze..... godzin  dziennie  tygodniowego
2. Dziecko  ucęszcza  nie ucęszcza\* do szkoły:  ogólnodostępnego  integracyjnej  specjalnej.  samodzielnie  niesamodzielnie wymiarze..... godzin  dziennie  tygodniowego
3.  Korzysta  nie korzysta: ze świetlicy szkolnej  stołówki szkolnej  internatu\*

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własno ręcym podpisem.

.....  
data

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\*Właściwe zaznaczyć X