

INFORMACJA O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM PRZEZ OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji

1. dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/porusza się o kulach/na wózku inwalidzkim/z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania 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, w miesiącu

II. Sytuacja społeczna dziecka

1. dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego* w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej* samodzielnie/niesamodzielnie* w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
3. korzysta/nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
4. Korzysta/nie korzysta* ze świetlicy szkolnej/stołówki szkolnej*

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Bochni - Powiatowym Zespole Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bochni.

Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie – Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących mojej osob.(zgodnie z art.7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dn. 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO)

***właściwe zaznaczyć**

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
czytelny podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego dziecka oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ Kserokopie, **poświadczone za zgodność z oryginałem**, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności dziecka, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego; historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były),
- ✓ Kserokopię ważnego dokumentu tożsamości dziecka (legitymacji szkolnej, paszportu, dowodu osobistego lub skróconego aktu urodzenia z poświadczeniem nr PESEL).