



.....dniar.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Świeciu

Miejsce na adnotacje urzędowe

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.)

Wniosek składam:

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Adres zamieszkania.....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania)

.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo.....

Rodzaj dokumentu tożsamości..... seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Wniosek składam dla celów:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | <input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego | <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> inne (wymienić): |
| <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego | |
| | |

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących wspólnie:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* nie tak, jeśli tak, wymienić:.....

.....

Dziecko nie uczęszcza/ uczęszcza* do placówki oświatowej (np. żłobek, przedszkole, szkoła, jakiej?):

Oświadczenia:

1. W imieniu dziecka nie składano/ składano* wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu.....r.
Dziecko nie posiada/ posiada* orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia r.
2. Dziecko może/ nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną i znam przysługujące mi prawa.

Załączniki:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić): .*

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

Podpis osoby składającej wniosek¹

.....

(imię i nazwisko)

¹ podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem