

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy osób do 16 roku życia)

Nr sprawy: _____ / _____

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

DANE OSOBOWE DZIECKA:

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																							
DATA URODZENIA							Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok																		
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. legitymacja szkolna 4. odpis skrócony aktu urodzenia 																										

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY	-																										
POCZTA																											

ADRES POBYTU DZIECKA (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY	-																										
POCZTA																											

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																							
DATA URODZENIA							Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok																		
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia 																										

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

UWAGA!

TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY	-																										
POCZTA																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax):

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X Zaznaczyć

<input checked="" type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich:

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

Zaznaczyć X

DZIECKO UCZĘSZCZA:	żłobek	<input type="checkbox"/>
	przedszkole ogólnodostępne	<input type="checkbox"/>
	przedszkole integracyjne	<input type="checkbox"/>
	przedszkole specjalne	<input type="checkbox"/>
	szkoła ogólnodostępna	<input type="checkbox"/>
	szkoła ogólnodostępna z internatem	<input type="checkbox"/>
	szkoła integracyjna	<input type="checkbox"/>
	oddział integracyjny	<input type="checkbox"/>
	szkoła specjalna	<input type="checkbox"/>
	oddział specjalny	<input type="checkbox"/>
	szkoła specjalna z internatem	<input type="checkbox"/>
	ośrodek szkolno-wychowawczy	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIA:

CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?

Zaznaczyć X jeżeli było/jest

CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?

Zaznaczyć X jeżeli było

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, DZIECKO NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?

Zaznaczyć X jeżeli TAK

Wniosek składam ze względu na:

Zaznaczyć X

<input type="checkbox"/>	Pierwszy wniosek
<input type="checkbox"/>	Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia
<input type="checkbox"/>	Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego

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

....., dnia

.....

(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

INFORMACJE DODATKOWE:

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
 - bezdomych,
 - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
 - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
 - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

