

# Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy .....

Strzyżów, data .....

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Nr PESEL dziecka .....

Nr i seria dowodu tożsamości dziecka .....

Adres zameldowania dziecka .....

Adres pobytu dziecka .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu: .....

## Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

1. Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2. Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
3. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
4. Uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
5. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wymienić jakich)

Cel podstawowy .....

### Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera/pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano/nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
kiedy .....  
z jakim skutkiem .....  
- czy odwołano się od poprzedniego orzeczenia tak/nie  
z jakim skutkiem .....
3. dziecko może/nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. 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.

### Uzasadnienie wniosku.

1. Ilość osób w rodzinie .....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania
  - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/ z pomocą.....
  - b) poruszanie się samodzielnie/ z pomocą.....
  - c) komunikowanie się całkowite /ograniczone.....
3. korzystanie ze sprzętu ortopedycznego ( podać rodzaj ) .....
4. dziecko uczęszcza do : żłobka / przedszkola / szkoły (podać klasę i rodzaj placówki: ogólnodostępna/integracyjna/specjalna ) .....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia składane wraz z wnioskiem jest ważne przez 30 dni od dnia wypełnienia przez lekarza! **Do wniosku należy dołączyć** kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałami **dokumentacji medycznej dziecka (kartoteki, karty szpitalne, wyniki istotnych badań itp), lub kserokopie i oryginały do wglądu celem potwierdzenia za zgodność.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych- Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

**Do wniosku należy dołączyć kserokopie konsultacji lekarzy specjalistów w leczeniu których dziecko pozostaje oraz (w przypadku składania o ponowne ustalenie niepełnosprawności) poprzednie orzeczenie o niepełnosprawności, a także w przypadku dzieci uczących się - opinię wychowawcy klasy na temat funkcjonowania w szkole.**