

Nr sprawy

Miejscowość, data:

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności składam (zaznaczyć znakiem X):

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ w związku ze zmianą w stanie zdrowia – orzeczenie nr
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia nr
- ☐ z innego powodu (jakiego?).....

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA:

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL:.....

Nr odpisu skróconego aktu urodzenia lub legitymacji szkolnej.....

Adres zameldowania (stały).....

Adres pobytu (powyżej 2-m-ce).....

Adres korespondencyjny.....

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:

Imię i Nazwisko.....

PESEL:..... pokrewieństwo

Adres zameldowania (stały).....

Adres pobytu (powyżej 2-m-ce).....

Adres korespondencyjny.....

Nr telefonu kontaktowego.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żyrardowie

96-300 Żyrardów, ul. Moniuszki 40, tel. 46 854-20-82

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (właściwe
zaznaczyć znakiem X):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | - uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> | - uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> | - zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> | - uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> | - korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wymienić jakich) |

.....

Oświadczam, że:

1. Dziecko uczęszcza do: żłobek/przedszkole ogólnodostępne/ przedszkole integracyjne/przedszkole specjalne/szkoła ogólnodostępna/szkoła ogólnodostępna z internatem/szkoła integracyjna/oddział integracyjny/szkoła specjalna/oddział specjalny/szkoła specjalna z internatem/ośrodek szkolno-wychowawczy*.
2. Dziecko pobiera / pobierało* zasiłek pielęgnacyjny
3. Składano / nie składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – jeśli tak, podać kiedy..... nr sprawy z jakim skutkiem.....
4. Dziecko może / nie może* przybyć na posiedzenie sądu orzekającego. (Jeśli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby)
5. W razie stwierdzonej przez sąd orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Oświadczam, że aktualnie toczy się/nie toczy się* postępowanie w sprawie dziecka przed innym organem orzeczniczym, podać jakim.....

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM
FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY(-A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE
NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w trybie określonym postanowieniami ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101 poz. 926 ze zm.)

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

* - niepotrzebne skreślić

UWAGA!!! Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wystawione dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku lub upływem terminu ważności poprzedniego orzeczenia;
- poświadczoną przez przychodnię lekarską za zgodność z oryginałem kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka;
- kserokopię poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dziecko je posiada).
- Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności.