

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (osoby poniżej 16 roku życia)

Nr sprawy
(nadaje Zespół)

Golub – Dobrzyń, dn.

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data urodzenia Miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Numer aktu urodzenia dziecka/legitymacji szkolnej.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer i seria dowodu osobistego/paszportu.....

Adres zameldowania (stałego) przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres do korespondencji

Numer telefonu:

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Golubiu – Dobrzyniu

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego
- inne (np.: uzyskanie karty parkingowej, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne), inne - podać jakie

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało / nie pobierało zasiłek pielęgnacyjny* (do kiedy)
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy
3. z jakim skutkiem: zaliczyć / nie zaliczyć* do osób niepełnosprawnych, na okres do
wydane przez Miejski / Powiatowy / Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w
4. W przypadku zmiany nazwiska dziecka, podać nazwisko na które wydano poprzednie orzeczenie:
5. 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).
6. 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.
7. Uwaga: Wniosek dziecka, które posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane okresowo i przedstawiciel ustawowy składa ponownie wniosek z tytułu kontynuacji orzeczenia, będzie rozpatrzony po upływie ważności dotychczasowego orzeczenia.

Sytuacja społeczna dziecka:

1. stan rodziny (liczba osób mieszkających wspólnie)
2. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo.
3. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej - samodzielnie / niesamodzielnie w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo.
Korzysta / nie korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo
4. dziecko korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej.
5. dziecko korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego zbędne / wskazane / niezbędne*.

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

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka:

1. **Zaświadczenie lekarskie** (powinno być wydane przez lekarza prowadzącego nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku)
2.
3.

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka
(podać stopień pokrewieństwa)

*niepotrzebne skreślić

..... dnia
(miejsce i data wystawienia zaświadczenia)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka (ważne tylko 30 dni od dnia wystawienia)
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osób do 16-tego roku życia)

Imię nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Adres zamieszkania

PESEL dziecka

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu):

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

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Miejscowość	Data

Imię i nazwisko
PESEL

Oświadczenie

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności¹, zgodnie z którym pobyt stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że²:

- moim miejscem pobytu stałego
- miejscem pobytu stałego dziecka
- miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek

jest:

adres miejsca pobytu stałego

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

podpis oświadczającego

¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 388

² Zakreślić właściwe pole