

## 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																												
<b>PESEL</b>																												
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"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. legitymacja szkolna</li> <li>4. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>																											

**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"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>																											

**ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

**UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI**

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

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

*X* **Zaznaczyć**

<input 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*

<b>DZIECKO UCZĘSZCZA:</b>	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:**

<b>CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?</b>	<i>Zaznaczyć X jeżeli było</i>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	--------------------------

<b>CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, DZIECKO NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?</b>	<i>Zaznaczyć X jeżeli TAK</i>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	--------------------------

Wniosek składam ze względu na:

*Zaznaczyć X*

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

**NR POPRZEDNIEGO ORZECZENIA**      PCPR 8211 / ..... /.....

**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.