

**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*  
**OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ KOLEJNY**

**SKŁADAJĄ WNIOSEK NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 2 MIESIĄCE**  
**PRZED UPŁYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.**

**DANE OSOBOWE DZIECKA:**

|                           |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| NAZWISKO                  |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IMIĘ 1                    |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IMIĘ 2                    |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL                     |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PŁEĆ                      | M                                                                                              | / | K | Odpowiednio zaznaczyć |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA URODZENIA            |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MIEJSCE URODZENIA         |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBYWATELSTWO              |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI |                                                                                                |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RODZAJ DOK.<br>TOŻSAMOŚCI | 1. dowód osobisty<br>2. paszport<br>3. legitymacja szkolna<br>4. odpis skrócony aktu urodzenia |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:**

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

**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                     |                                                                                                                  |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PŁEĆ                      | M                                                                                                                | / | K | Odpowiednio zaznaczyć |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA URODZENIA            |                                                                                                                  |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MIEJSCE URODZENIA         |                                                                                                                  |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OBYWATELSTWO              |                                                                                                                  |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI |                                                                                                                  |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RODZAJ DOK.<br>TOŻSAMOŚCI | 1. dowód osobisty<br>2. paszport<br>3. prawo jazdy<br>4. legitymacja szkolna<br>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     |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|                          |                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Z 2005 R., Nr 108, poz. 908) <i>Karta parkingowa</i> |
| <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> | <i>żłobek</i>                             | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>przedszkole ogólnodostępne</i>         | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>przedszkole integracyjne</i>           | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>przedszkole specjalne</i>              | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>szkoła ogólnodostępna</i>              | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>szkoła ogólnodostępna z internatem</i> | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>szkoła integracyjna</i>                | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>oddział integracyjny</i>               | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>szkoła specjalna</i>                   | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>oddział specjalny</i>                  | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>szkoła specjalna z internatem</i>      | <input type="checkbox"/> |
|                           | <i>ośrodek szkolno-wychowawczy</i>        | <input type="checkbox"/> |

**OŚWIADCZENIA:**

|                                                                    |                          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?</b> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Zaznaczyć X jeżeli było/jest</i>                                |                          |
| <b>CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?</b>                  | <input type="checkbox"/> |
| <i>Zaznaczyć X jeżeli było</i>                                     |                          |

**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:
  - bezdolnych,
  - 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.