

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy osób do 16 roku życia)

Nr sprawy: /

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, piśmem drukowanym, dużymi literami

OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ KOLEJNY

**SKŁADAJĄ WNIOSEK NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI
PRZED UPŁYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.**

DANE OSOBOWE DZIECKA:

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
PESEL																												
PŁEĆ	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"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. legitymacja szkolna 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	<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"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 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

DZIECKO UCZĘSZCZA:	<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:

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