# Wniosek

ADNOTACJE URZĘDOWE

**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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | M | **//** | K | *Odpowiednio zaznaczyć* | | | | |
| **DATA URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok | | | | | | | | | |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OBYWATELSTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI** | ***dowód osobisty***  ***paszport***  ***legitymacja szkolna***  ***odpis skrócony aktu urodzenia*** | | | | | | | | | | | |

**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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | M | **//** | K | *Odpowiednio zaznaczyć* | | | | |
| **DATA URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok | | | | | | | | | |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OBYWATELSTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI** | ***dowód osobisty***  ***paszport***  ***prawo jazdy***  ***legitymacja szkolna***  ***odpis skrócony aktu urodzenia*** | | | | | | | | | | | |

**ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**  *UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

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

Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax):

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

#### X Zaznaczyć

|  |  |
| --- | --- |
|  | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
|  | Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego |
|  | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
|  | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
|  | Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
|  | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |

#### Inne-wymienić jakich:

## 

# DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

# *Zaznaczyć X*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIECKO UCZĘSZCZA:** | *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* |  |

**OŚWIADCZENIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?**  *Zaznaczyć X jeżeli było/jest* |  |
| **CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?** *Zaznaczyć X jeżeli było* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, DZIECKO NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO?** *Zaznaczyć X jeżeli TAK* |  |

Wniosek składam ze względu na:

*Zaznaczyć X*

|  |  |
| --- | --- |
| Pierwszy wniosek |  |
| Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia |  |
| Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego |  |

# 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:**

1. składając wniosek należy okazać ***dokument potwierdzający tożsamość*** dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
2. 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),*
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć ***postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,***
4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
   1. *bezdomnych,*
   2. *przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,*
   3. *przebywających w zakładach karnych i poprawczych,*
   4. *przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.*
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca** **stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.