

## WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy....., dn. ....

**Imię i nazwisko dziecka** .....

Nr PESEL dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania i pobytu dziecka .....

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka** .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr telefonu .....

Orzeczenie pierwszorazowe / powtórne\* podać nr akt z poprzedniego orzeczenia .....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności  
w Krośnie, ul. Legionów 8**

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

1. zasiłku pielęgnacyjnego
2. świadczenia pielęgnacyjnego
3. inne ( jakie ? ) .....

### **I. Sytuacja społeczna:**

**1. stan rodziny :** .....

**2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**                      **samodzielnie**                      **z pomocą**

a. wykonywanie czynności samoobsługowych                      x                      x

b. poruszanie się w środowisku                      x                      x

**3. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza\* do przedszkola :**

a. ogólnodostępnego

b. integracyjnego

c. specjalnego

**4. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza \* do szkoły:**

a. ogólnodostępnej

b. integracyjnej

c. specjalnej

**5. korzysta / nie korzysta\* z nauczania indywidualnego w wymiarze .....godzin  
dziennie / tygodniowo \***

### **II. Oświadczam, że:**

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny\*,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy ..... ważne do dnia: .....  
z jakim skutkiem .....
3. 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 ),
4. 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.**

5. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych ( ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych )

**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: **zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku**, posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

.....

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

**Przy składaniu wniosku należy okazać dowód osobisty przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego dziecka.**

\* niepotrzebne skreślić