

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

uwaga (dotyczy osób do 16-go roku życia)

*Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Etku  
ul. Kilińskiego 36  
tel. 87 621-64-85*

Nr sprawy:

.N.20.....

L. Dz.

Data wpływu

Podpis pracownika

**DANE DZIECKA:**

nazwisko i imię .....

nr PESEL /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ nr dok. tożsamości .....

data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

adres zameldowania stałego .....

adres pobytu .....

adres korespondencyjny .....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:**

nazwisko i imię .....

data urodzenia..... miejsce urodzenia .....

PESEL /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ dokument stwierdzający tożsamość .....

(nr dowodu osobistego  / nr paszportu  / nr legitymacji szkolnej )\*

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

adres do korespondencji .....

tel. kontaktowy ..... adres email: .....

**Wnioskuje o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**po raz pierwszy  / po raz wtórny  / z powodu zmiany stanu zdrowia \*

(Wtórny wniosek składa się nie wcześniej niż 30 dni przed ukończeniem ważności poprzedniego orzeczenia)

**cel wniosku\*:**

- 1)  uzyskanie wskazań do zasiłku pielęgnacyjnego
- 2)  uzyskanie wskazań do świadczenia pielęgnacyjnego
- 3)  uzyskanie wskazań do korzystania z karty parkingowej
- 4)  innych (wymienić jakich).....

**Celem podstawowym jest punkt numer (.....)**

1. Czy składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności?: **TAK**  / **NIE** \*

Nr sprawy: ..... .N.20..... sprawa z dnia .....

**PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ POPRZEDNIEGO ORZECZENIA**

2. Czy dziecko może wziąć udział w posiedzeniu składu orzekającego (stan zdrowia)? **TAK**  / **NIE** \*

**UWAGA !!**

► Wniosek składa się wraz z aktualnym zaświadczeniem lekarskim wydanym na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - ważne 30 dni od daty wystawienia.

► Należy załączyć kserokopię aktualnej dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia dziecka (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu)

. (tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno-psychologiczne )

► W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

proszę wypełnić drugą stronę „informacja o zakresie sprawowanej opieki nad dzieckiem”

\*właściwe zaznaczyć

**INFORMACJA**  
**o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem**

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: .....

imię i nazwisko dziecka: .....

Nr PESEL dziecka /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

**dziecko porusza się:**

samodzielnie , z pomocą , o kulach , na wózku inwalidzkim , jest leżące \*

**przyjmuje pokarmy :**

samodzielnie , jest karmione przez drugą osobę \*

wymaga stosowania specjalnej diety \* (jakiej?) .....

**ograniczenia czynności samoobsługowych spowodowane stanem zdrowia dziecka**  
**( np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych )**

.....

.....

**rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....

.....

**rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno –lecniczych wykonywanych: (w ciągu dnia,**  
**tygodnia, miesiąca).**

**- w domu**

.....

**- poza domem**

.....

.....

**częstotliwość wizyt lekarskich: w domu / poza domem (w tygodniu, w miesiącu)**

.....

.....

**Sytuacja edukacyjno-społeczna dziecka:**

Czy dziecko uczęszcza do przedszkola ? : **TAK**  / **NIE** \*

ogólnodostępnego  / integracyjnego  / specjalnego \* w wymiarze godz. ....

Czy dziecko uczęszcza do szkoły ? : **TAK**  / **NIE** \*

ogólnodostępnej  / integracyjnej  / specjalnej  / ośrodka szkolno-wychowawczego

samodzielnie  / niesamodzielnie \*

Czy dziecko korzysta z nauczania indywidualnego ? : **TAK**  / **NIE** \*

w wymiarze ..... godzin tygodniowo

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....  
data i podpis przedstawiciela ustawowego dziecka