

Spis
dokumentów medycznych załączonych do wniosku
(ułożyć według daty sporządzenia)

[illegible]

....., dnia

.....

(podpis osoby zainteresowanej)

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych -

wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kserokopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu medycznego.

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
Wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności złożyć można **najwcześniej na 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia!***

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	1. dowód osobisty 2. paszport 3. legitymacja szkolna 4. 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	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 DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

X Zaznaczyć

☐	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
☐	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
☐	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>
☐	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 DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

Zaznaczyć X

DZIECKO UCZĘSZCZA:	<i>żłobek</i>	☐
	<i>przedszkole ogólnodostępne</i>	☐
	<i>przedszkole integracyjne</i>	☐
	<i>przedszkole specjalne</i>	☐
	<i>szkoła ogólnodostępna</i>	☐
	<i>szkoła ogólnodostępna z internatem</i>	☐
	<i>szkoła integracyjna</i>	☐
	<i>oddział integracyjny</i>	☐
	<i>szkoła specjalna</i>	☐
	<i>oddział specjalny</i>	☐
	<i>szkoła specjalna z internatem</i>	☐
<i>ośrodek szkolno-wychowawczy</i>	☐	

OŚWIADCZENIA:

CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?	<i>Zaznaczyć X jeżeli było/jest</i>	☐
CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?	<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:
 - bezdomnych,
 - 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.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość.....

Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wieluniu
(ważne 30 dni od daty wystawienia, w całości wypełnia lekarz)**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie