

**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. Kserokopie potwierdza  
placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu medycz.

# 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.<br>TOŻSAMOŚCI | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. legitymacja szkolna</li> <li>4. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol> |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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.<br>TOŻSAMOŚCI | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol> |   |   |                       |  |  |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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*

|                          |                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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*

|                           |                               |                                    |
|---------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <b>DZIECKO UCZĘSZCZA:</b> | <input type="checkbox"/>      | żłobek                             |
|                           | <input type="checkbox"/>      | przedszkole ogólnodostępne         |
|                           | <input type="checkbox"/>      | przedszkole integracyjne           |
|                           | <input type="checkbox"/>      | przedszkole specjalne              |
|                           | <input type="checkbox"/>      | szkoła ogólnodostępna              |
|                           | <input type="checkbox"/>      | szkoła ogólnodostępna z internatem |
|                           | <input type="checkbox"/>      | szkoła integracyjna                |
|                           | <input type="checkbox"/>      | oddział integracyjny               |
|                           | <input type="checkbox"/>      | szkoła specjalna                   |
|                           | <input type="checkbox"/>      | oddział specjalny                  |
| <input type="checkbox"/>  | szkoła specjalna z internatem |                                    |
| <input type="checkbox"/>  | ośrodek szkolno-wychowawczy   |                                    |

**OŚWIADCZENIA:**

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