

**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*

**DANE OSOBOWE DZIECKA:**

NAZWISKO																													
IMIĘ 1																													
IMIĘ 2																													
<b>PESEL</b>																													
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																									
DATA URODZENIA																										Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok	
MIEJSCE URODZENIA																													
OBYWATELSTWO																													
SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI																													
RODZAJ DOK. 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																													
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																									
DATA URODZENIA																										Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok	
MIEJSCE URODZENIA																													
OBYWATELSTWO																													
SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI																													
RODZAJ DOK. 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 DORECZEŃ 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**

<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<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>	<i>żłobek</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole ogólnodostępne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole integracyjne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole specjalne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła ogólnodostępna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła ogólnodostępna z internatem</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła integracyjna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oddział integracyjny</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła specjalna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oddział specjalny</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła specjalna z internatem</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>ośrodek szkolno-wychowawczy</i>	<input type="checkbox"/>

**OŚWIADCZENIA:**

<b>CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?</b>	<i>Zaznaczyć X jeżeli było/jest</i>	<input type="checkbox"/>
<b>CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?</b>	<i>Zaznaczyć X jeżeli było</i>	<input type="checkbox"/>
<b>CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, DZIECKO NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?</b>	<i>Zaznaczyć X jeżeli TAK</i>	<input type="checkbox"/>

Wniosek składam ze względu na:

*Zaznaczyć X*

<input type="checkbox"/>	Pierwszy wniosek	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	<input type="checkbox"/>

**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:
  - bezdomych*,
  - 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.