

(miejscowość i data)

Nr wniosku

.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Polkowicach

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

(dotyczy osoby, która nie ukończyła 16 roku życia)

Wniosek składam:*

- ☐ Po raz pierwszy
☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia¹
☐ W związku ze zmianą w stanie zdrowia

¹UWAGA: Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o ponowne wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, nie wcześniej niż **30 dni** przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

I Dane dziecka

[illegible]

Imię (Imiona): |

Data urodzenia miejsce urodzenia

PESEL _____ obywatelstwo

Numer i seria dokumentu tożsamość: ☐ dowód osobisty

☐ paszport, ☐ legitymacja szkolna

☐ akt urodzenia, ☐ inne.....

Adres zameldowania na pobyt stały: kod |__|__|-|__|__|__| miejscowość

ul. nr domunr mieszkania.....

Adres miejsca pobytu (dotyczy pobytu powyżej 2 miesięcy w innej miejscowości niż miejsce zameldowania*)

II Dane przedstawiciela ustawowego (rodzic, opiekun prawny lub kurator)

Oświadczam, że ☐ sprawuję władzę rodzicielską, ☐ jestem opiekunem prawnym, ☐ jestem kuratorem.

Nazwisko: |

Imię (Imiona): |

Data urodzenia miejsce urodzenia

PESEI | | | | | | | | | | | | |

Dokument tożsamości: seria | | nr | | | | | |

Adres zameldowania na pobyt stały

Adres miejsca pobytu (dotyczy pobytu powyżej 2 miesięcy w innej miejscowości niż miejsce zameldowania*)

3,000, 1,000, 500, 250, 125, 62.5, 31.25, 15.625, 7.8125, 3.90625, 1.953125, 0.9765625, 0.48828125, 0.244140625, 0.1220703125, 0.06103515625, 0.030517578125, 0.0152587890625, 0.00762939453125, 0.003814697265625, 0.0019073486328125, 0.00095367431640625, 0.000476837158203125, 0.0002384185791015625, 0.00011920928955078125, 0.000059604644775390625, 0.0000298023223876953125, 0.00001490116119384765625, 0.000007450580596923828125, 0.0000037252902984619140625, 0.00000186264514923095703125, 0.000000931322574615478515625, 0.0000004656612873077392578125, 0.00000023283064365386962890625, 0.000000116415321826934814453125, 0.0000000582076609134674072265625, 0.00000002910383045673370361328125, 0.000000014551915228366851806640625, 0.0000000072759576141834259033203125, 0.00000000363797880709171295166015625, 0.000000001818989403545856475830078125, 0.0000000009094947017729282379150390625, 0.00000000045474735088646411895751953125, 0.000000000227373675443232059478759765625, 0.0000000001136868377216160297393798828125, 0.00000000005684341886080801486968994140625, 0.000000000028421709430404007434844970703125, 0.0000000000142108547152020037174224853515625, 0.00000000000710542735760100185871124267578125, 0.000000000003552713678800500929355621337890625, 0.0000000000017763568394002504646778106689453125, 0.00000000000088817841970012523233890533447265625, 0.000000000000444089209850062616169452667236328125, 0.0000000000002220446049250313080847263336181640625, 0.00000000000011102230246251565404236316680908203125, 0.000000000000055511151231257827021181583404541015625, 0.0000000000000277555756156289135105907917022705078125, 0.00000000000001387778780781445675529539585113525390625, 0.000000000000006938893903907227877647697925567626953125, 0.0000000000000034694469519536139388238489627838134765625, 0.00000000000000173472347597680696941192448139190673828125, 0.000000000000000867361737988403484705962240695953369140625, 0.0000000000000004336808689942017423529811203479766845703125, 0.00000000000000021684043449710087117649056017398834228515625, 0.000000000000000108420217248550435588245280086994171142578125, 0.0000000000000000542101086242752177941226400434970855712890625, 0.00000000000000002710505431213760889706132002174854278564453125, 0.000000000000000013552527156068804448530660010874271392822265625, 0.0000000000000000067762635780344022242653300054371356464111328125, 0.00000000000000000338813178901720111213266500271856782320556640625, 0.000000000000000001694065894508600556066332501359283911602783203125, 0.0000000000000000008470329472543002780331662506796419558013916015625, 0.00000000000000000042351647362715013901658312533982097790069580078125, 0.000000000000000000211758236813575069508291562669910488950347900390625, 0.0000000000000000001058791184067875347541457813349552444751739501953125, 0.00000000000000000005293955920339376737707289066747762223758697509765625, 0.000000000000000000026469779601696883688536445333738811118793487548828125, 0.0000000000000000000132348898008484418442668226668694055593967437744140625, 0.00000000000000000000661744490042422092213341133343470277969837188720703125, 0.000000000000000000003308722450212110461066705666717351389849185943603515625, 0.0000000000000000000016543612251060552305333528333586756949245929718017578125, 0.00000000000000000000082718061255302761526667641667933784746229648590087890625, 0.000000000000000000000413590306276513807633338208339668923731148242950439453125, 0.0000000000000000000002067951531382569038166691041698344618655741214752197265625, 0.00000000000000000000010339757656912845190833455208491723093278706073760986328125, 0.000000000000000000000051698788284564225954167276042458615466393530368804931640625, 0.0000000000000000000000258493941422821129770836380212293077331967651844024658203125, 0.00000000000000000000001292469707114105648854181901061465386659838259220123291015625, 0.000000000000000000000006462348535570528244270909505307326933299191296100616455078125, 0.0000000000000000000000032311742677852641221354547526536634666495956480503082275390625, 0.00000000000000000000000161558713389263206106772737632683173332479

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu **adres e-mail**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (właściwe podkreślić) :

1. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2. uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
3. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4. uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
6. inne (podać jakie).....

Proszę wskazać cel podstawowy – nr celu od 1 do 5 - | |

Oświadczenia :

1. Dziecko uczęszcza do: ☐ żłobek, ☐ przedszkole ogólnodostępne, ☐ przedszkole integracyjne, ☐ przedszkole specjalne, ☐ szkoła ogólnodostępna, ☐ szkoła ogólnodostępna z internatem, ☐ szkoła integracyjna, ☐ oddział integracyjny, ☐ szkoła specjalna, ☐ oddział specjalny, ☐ szkoła specjalna z internatem, ☐ ośrodek szkolno- wychowawczy
2. Oświadczam, że ☐ **nie składano** / ☐ **składano*** uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli tak, to gdzie i kiedy z jakim skutkiem?
☐ **zaliczano**/ ☐ **nie zaliczono** do osób niepełnosprawnych, na okres do
3. Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego:
☐ **dziecko przybędzie z opiekunem,**
☐ **dziecko nie może przybyć*** (w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej 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.

UWAGA! Jednocześnie do wniosku należy dołączyć:

1. Całość posiadanej dokumentacji medycznej umożliwiającej ustalenie niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności (**kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem:** kart informacyjnych, badań specjalistycznych, konsultacji, wyników opisowych Rtg, MR, TK, badania psychologiczne)

W załączeniu przedkładam:

- ☐ Oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
☐ Posiadaną dokumentację medyczną potwierdzającą aktualny stan zdrowia

☐ Kopie posiadanych orzeczeń

☐ **Oświadczam, że uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej** wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2021 r. poz. 2345, ze zm.) - *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 - oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.*

☐ **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Polkowicach**, udostępnionej w miejscu złożenia wniosku**/na tablicy informacyjnej**/na stronie internetowej www.powiatpolkowicki.pl > STAROSTWO > DEPARTAMENTY... > Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.**

*** W przypadku osób przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych oraz w przypadku osób bezdomnych, przybywających w zakładach karnych, poprawczych oraz domach pomocy społecznej.**

.....
Czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego dziecka

Wniosek poprawny / niepoprawny