



.....dniar.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Świeciu

Miejsce na adnotacje urzędowe

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia)

na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021r. poz. 857)

Wniosek składam:

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko:

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Adres zamieszkania.....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania)

.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo.....

Rodzaj dokumentu tożsamości..... seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Wniosek składam dla celów:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | <input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego | <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> inne (wymienić): |
| <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego | |
| | |

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących wspólnie:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* nie tak, jeśli tak, wymienić:.....

.....

Dziecko nie uczęszcza/ uczęszcza* do placówki oświatowej (np. żłobek, przedszkole, szkoła, jakiej?):

Oświadczenia:

1. W imieniu dziecka nie składano/ składano* wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu.....r.
Dziecko nie posiada/ posiada* orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia r.
2. Dziecko może/ nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną i znam przysługujące mi prawa.

Załączniki:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić): .*

.....
.....
.....
.....

Podpis osoby składającej wniosek¹

.....

(imię i nazwisko)

¹ podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

--	--

Miejscowość

Data

--

Imię i nazwisko

--

PESEL

Oświadczenie

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności¹, zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że²:

- moim miejscem pobytu stałego
- miejscem pobytu stałego dziecka
- miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek

jest:

--

adres miejsca pobytu stałego

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny³ „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 do lat 3” potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

--

podpis oświadczającego

¹ Dz. U. z 2022r., poz. 1191 tekst jednolity ze zmianami.

² Zakreślić właściwe pole.

³ Dz. U. z 2022r. tekst jednolity ze zmianami.

Uwaga! Niniejsze zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Ulica		Nr budynku i lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
PESEL		Seria i numer dowodu osobistego	

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

Uwaga! Niniejsze zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia.

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?

Tak / Nie¹

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną?

Rok

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

Rok

Wyżej wymienione dziecko wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie²

Wyżej wymieniona dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie³

U wyżej wymienionego dziecka nastąpiło / nie nastąpiło⁴ istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.⁵

Pieczątka i podpis lekarza

¹ Zakreślić właściwe

² Zakreślić właściwe

³ Zakreślić właściwe

⁴ Zakreślić właściwe

⁵ Wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Niezbędne dokumenty

- 1. WNIOSEK-** wypełnia osoba zainteresowana, należy dokładnie wypełnić wszystkie punkty na wszystkich trzech stronach, na końcu złożyć czytelny, własnoręczny podpis. **(nieuzupełniony wniosek nie zostanie przyjęty)**
- 2. ZAŚWIADCZENIE-** wypełnia lekarz, ważne jest 30 dni od daty wystawienia. Należy pamiętać o pieczęcie nagłówkowej zakładu opieki zdrowotnej oraz pieczęcie i podpisie lekarza. **(zaświadczenie, które utraciło swoją ważność lub nie posiada niezbędnych pieczętek nie zostanie przyjęte)**
- 3. DOKUMENTACJA MEDYCZNA-** historia choroby, wypisy ze szpitala, wyniki badań itp. Wnioskodawca może dostarczyć kopię dokumentacji. Wszystkie strony kopii muszą być właściwie potwierdzone za zgodność z oryginałem **(pieczętka nagłówkowa szpitala bądź przychodni, imienna pieczętka i parafa osoby potwierdzającej lub w przypadku braku imiennej pieczętki czytelny podpis osoby potwierdzającej oraz data)**. Dokumentację medyczną mogą potwierdzić tylko pracownicy szpitala/przychodni, z której pochodzi lub notariusz. Po okazaniu oryginału wraz z kserokopią za zgodność z oryginałem mogą potwierdzić pracownicy Zespołu.
NIEPOTWIERDZONA LUB POTWIERDZONA NIEZGODNIE Z WYŻEJ WSKAZANYM ZAPISEM DOKUMENTACJA NIE ZOSTANIE PRZYJĘTA
- 4. W przypadku, kiedy wniosek jest składny w celu weryfikacji orzeczenia w związku z uzyskaniem prawa do karty parkingowej – oświadczenie**

Tak skompletowaną dokumentację należy złożyć w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności. **(w przypadku braku, któregoś z wymienionych punktów dokumentacja nie zostanie przyjęta)**

Wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia. Jeżeli wniosek jest składny w związku ze zmianą stanu zdrowia może zostać złożony w każdym czasie.