

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA  
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
(DOTYCZY DZIECKA DO 16 ROKU ŻYCIA)'**

....., DN.....

1. **O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  TAK  NIE  
– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności
2. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  TAK  NIE  
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności na czas określony
3. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA  
UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA**  TAK  NIE  
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

**DANE OSOBOWE DZIECKA**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA DZIECKA:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ DZIECKA .....

(np.; odpis skrócony aktu urodzenia, legitymacja, dowód osobisty, paszport)

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY DZIECKA: .....

ADRES POBYTU DZIECKA(KORRESPONDENCYJNY) .....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA (MATKI LUB OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)**

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR TELEFONU:.....

NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO: .....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO: .....

ADRES POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (KORRESPONDENCYJNY): .....

**DO POWIATOWEGO ZESPÓŁU DO SPRAW  
ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUŁAWACH**

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

- UZYSKANIA ZASIŁKU PIELĘGNACYJNEGO
- UZYSKANIA ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO
- KORZYSTANIE Z KARTY PARKINGOWEJ (art. 8 ust.3a pkt 2 USTAWY Z DNIA 20 CZERWCA 1997R. PRAWO O RUCHU DROGOWYM)
- UZYSKANIA PRZEZ OPIEKUNA URLOPU WYCHOWAWCZEGO W DODATKOWYM WYMIARZE
- KONIECZNOŚCI ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- ZAMIESZKANIA W ODDZIELNYM POKOJU (ART. 5 UST. 3 USTAWY Z DNIA 21 CZERWCA 2001 R. O DODATKACH MIESZKANIOWYCH)
- INNE(JAKIE?):.....

CEL PODSTAWOWY Z WYŻEJ WYMIENIONYCH (PROSZĘ WPISAĆ): .....

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. DZIECKO UCZĘSZCZA DO: .....

(PODAĆ RODZAJ PLACÓWKI SZKOLNEJ LUB OPIEKUŃCZO - WYCHOWAWCZEJ DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO NP SZKOŁA OGÓLNODOSTĘPNA INTEGRACYJNA SPECJALNA ITP )

2. NA DZIECKO  **POBIERAM**,  **POBIERAŁEM/AM ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY**;

3. NA DZIECKO  **POBIERAM**, .  **POBIERAŁEM/AM ŚWIADCZENIE PIELĘGNACYJNE**;

4. AKTUALNIE:

**NIE TOCZY SIĘ**  **TOCZY SIĘ** W SPRAWIE DZIECKA POSTĘPOWANIE PRZED INNYM ORGANEM ORZECZNICZYM, PODAĆ JAKIM: .....

5.  **NIE SKŁADANO**  **SKŁADANO UPRIEDNIO WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**;  
JEŻELI TAK, TO KIEDY:..... Z JAKIM SKUTKIEM:.....

DATA WYDANIA OSTATNIEGO ORZECZENIA:..... NUMER SPRAWY:.....

6. DZIECKO  **MOŻE**  **NIE MOŻE** PRZYBYĆ WRAZ Z OPIEKUNEM NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO NA BADANIE PRZEDMIOTOWE. (JEŻELI NIE, TO NALEŻY ZAŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE NIEMOŻNOŚĆ WZIĘCIA UDZIAŁU W POSIEDZENIU Z POWODU DŁUGOTRWALEJ I NIE ROKUJĄCEJ POPRAWY CHOROBY, UNIEMOŻLIWIAJĄCEJ OSOBISTE STAWIENICTWO).

7. 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.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM  
FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE  
NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

**W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKLADAM: (UWAGA ! - WYMIENIONE NIŻEJ DOKUMENTY NALEŻY  
OBOWIĄZKOWO ZŁOŻYĆ RAZEM Z WNIOSKIEM DO POWIATOWEGO ZESPOŁU)**

1. ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA LECZĄCEGO, WYPEŁNIONE CZYTELNIE WE WSZYSTKICH RUBRYKACH, WYDANE W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE  
WNIOSKU;

2. POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ: .....

3. INNE DOKUMENTY, PODAĆ JAKIE: .....

**POUCZENIE:**

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczającą i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

2. Niestawienie się dziecka z przedstawicielem ustawowym na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

3. Jeżeli dziecko posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia dziecka – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.

.....  
CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA  
(MATKI LUB OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)