

Nr sprawy.....

WNIOSEK (dotyczy osób poniżej 16 roku życia)

- Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w**

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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

[illegible]

Nr KODU

Nr KODU

3. Adres do korespondencji:.....

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia dla celów:

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. zasiłek pielęgnacyjny | TAK / NIE* |
| 2. zasiłek stały | TAK / NIE* |
| 3. inne,
jakie..... | |

oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:

- | | |
|--|-------------------|
| 1. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby | TAK / NIE* |
| 2. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki | TAK / NIE* |
| 3. spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. 2020, poz. 110 tj. | TAK / NIE* |
| 4. prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju | TAK / NIE* |
| 5. inne..... | |

Oświadczam, że:

1. Składano/ nie składano/ uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (odpowiednie podkreślić)
- kiedy
- z jakim skutkiem
2. Dziecko może /nie może/ przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan rodzinny (odpowiednie podkreślić i uzupełnić)
- pełna, ilość dzieci w rodzinie
- niepełna, ilość dzieci w rodzinie
2. Występujące ograniczenia dziecka w zdolności do wykonywania codziennych czynności związanych z samodzielną egzystencją
3. Zakres koniecznej opieki lub pomocy innych osób, odpowiednio do wieku dziecka

*niepotrzebne skreślić

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

Data i podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

.....