

Nr wniosku.....

**Wniosek w sprawie
wydania orzeczenia o niepełnosprawności
(dotyczy osoby, która nie ukończyła 16-go roku życia)**

.....
Miejscowość i data

I. Dane dziecka

Imię _ _ _ _ _

Nazwisko _ _ _ _ _

Data urodzenia _ _ - _ _ - _ _ _ _ miejsce urodzenia.....

Nr PESEL _ _ _ _ _

Adres zameldowania na pobyt stały : kod pocztowy _ _ - _ _ _ miejscowość.....

ul. nr domu i mieszkania

Adres miejsca pobytu

II. Dane przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic, opiekun prawny)

Imię _ _ _ _ _

Nazwisko _ _ _ _ _

Nr PESEL _ _ _ _ _ Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania na pobyt stały: kod pocztowy _ _ - _ _ _ miejscowość.....

ul. nr domu i mieszkania.....

Adres korespondencji

Nr telefonu

**Do powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Wołowie**

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

- zasiłku pielęgnacyjnego;

- świadczeń pomocy społecznej (podać jakich)

- inne (podać jakie).....

Oświadczenie :

1. Oświadczam, że dziecko pobiera/pobierało* zasiłek pielęgnacyjny w okresie:
od do
2. Oświadczam, że składano/ nie składano * uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli tak, to gdzie i kiedy
.....
i z jakim skutkiem
3. Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego (właściwe podkreślić):
- 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).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu przekazuję:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia.
2. Posiadana dokumentację medyczną tj.
.....

Uwaga! Do wniosku należy załączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia na obowiązującym druku, wydane przez lekarza leczącego- specjalistę lub lekarza rodzinnego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku.
2. Posiadana dokumentację medyczną umożliwiającą ustalenie stopnia niepełnosprawności, datę powstania niepełnosprawności (kserokopie tej dokumentacji, oryginał do wglądu)
3. Inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność (kopie orzeczeń ZUS, KRUS, KIZ, powiatowych i wojewódzkich zespołów orzekających i innych organów orzecznich, opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego)
4. Dokumentację medyczną stanowią: szpitalne karty informacyjne, opinie lekarzy specjalistów, wyniki testów i badań specjalistycznych , opisy badań rtg, usg, itp. W zależności od schorzenia (kserokopia tej dokumentacji – oryginały do wglądu)

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub
przedstawiciela ustawowego

* właściwe podkreślić

**Upoważnienie dla pracownika socjalnego
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
do wglądu w dokumentację orzekanej osoby we właściwym
Ośrodku Pomocy Społecznej i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego, informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień przysługujących na podstawie odrębnych przepisów, w tym ze świadczeń pomocy społecznej.

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby zainteresowanej