

# Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy: **PCPR**.....

Miejscowość.....

Data .....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania dziecka .....

Adres pobytu dziecka.....

PESEL dziecka.....

Dokument potwierdzający tożsamość dziecka .....

Nr legitymacji szkolnej lub nr odpisu skróconego aktu urodzenia

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

Numer telefonu .....

## Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bartoszycach

**I.** Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów  
( właściwe podkreślić ):

1. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie
3. uzyskania zasiłku stałego
4. korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
5. spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 1, 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. Nr 602 z póź. zmianami )
6. ustalenia prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju:

**II.** Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko jest leżące\* , porusza się: samodzielnie\* , o kulach\* , na wózku inwalidzkim\* , z pomocą drugiej osoby\* ;
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie \* , jest karmione przez drugą osobę \* , wymaga stosowania specjalnej diety\* (jakiej ?).....
3. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych i rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu dnia .....
4. dziecko uczęszcza\* , nie uczęszcza\* , do przedszkola:  
ogólnodostępnego\* , integracyjnego\* , specjalnego\* w wymiarze.....  
godzin dziennie\* , tygodniowo\* ;
5. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej\* , integracyjnej\* , specjalnej\* -  
samodzielnie\* , niesamodzielnie\* , w wymiarze ..... godzin tygodniowo;  
korzysta\* , nie korzysta\* , z nauczania indywidualnego w wymiarze .....  
godzin dziennie\* , tygodniowo\* ;

6. korzysta\*, nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej\*, stołówki szkolnej\*;
7. dziecko dojeżdża do szkoły, samodzielnie\*, z opiekunem\*.

**Oświadczam, że:**

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
kiedy .....  
z jakim skutkiem .....
3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, należy załączyć  
zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu  
z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy 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.

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie właściwy PZON w Bartoszycach, ul. Limanowskiego 11; 11-200 Bartoszyce, zgodnie z ustawą z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z póź. zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

**Do wniosku załączam :**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu **30 dni poprzedzających dzień złożenia wniosku.**
2. Posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka, **kserokopie (wraz z oryginałami do wglądu).**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka