**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

* składany po raz pierwszy  składany po raz kolejny – ze względu na:

 wygaśnięcie terminu ważności poprzedniego orzeczenia

orzeczenie traci ważność w dniu ………………………………………

 zmianę stanu zdrowia dziecka

€ uprzednie niezaliczenia dziecka do osób niepełnosprawnych

Nr sprawy:

**Dane dziecka**

Imię i nazwisko:….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/Obywatelstwo:……………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dokument tożsamości (nr. aktu urodzenia)……………………………………………………………………………………………………….

Adres zameldowania:………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka**

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL: \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Obywatelstwo:…………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dokument tożsamości:……………………………..……………………………………………………………………………………………………….

Adres zameldowania:………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Do:**

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

**Nr 2 w Gorzowie Wlkp.**

**Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:**

**1.** uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego **4.** uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze

**2.** uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego **5.** uzyskanie karty parkingowej

**3.** zamieszkiwania w oddzielnym pokoju **6.** korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów

(wymienić jakich):………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cel podstawowy:** (zakreślić numer) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6

Oświadczam, że:

1. Nie składano / składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenie o niepełnosprawności dziecka. Jeśli tak: to: wniosek złożono:……………………………………, sprawie nadano numer……………………………………………
2. Dziecko pobiera / nie pobiera zasiłek pielęgnacyjny / świadczenie pielęgnacyjne / inne (jakie?) …………………………………………………………., od kiedy? (podać termin)………………………………………………………….
3. Dziecko może / nie może przybyć na posiedzenie składu orzekającego na badanie przedmiotowe **(jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej choroby lub nie rokującej poprawy tej 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 świadoma/y wymogu ponoszenia dodatkowych kosztów we własnym zakresie.
5. Jestem świadoma/y, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu Orzekającego 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.
6. Zobowiązuję się do informowania Zespołu Orzekającego o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

**Informacje o sytuacji społecznej dziecka**

Dziecko wykonuje czynności samoobsługowe: € samodzielnie € z pomocą € nie dotyczy

Dziecko porusza się w otoczeniu: € samodzielnie € z pomocą € nie dotyczy

Dziecko korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego: € tak € nie

Jeśli tak to z jakiego:………………………………………………………………………………………………………………………………

Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do placówki oświatowej. Jeśli tak to wskazać do jakiej:

€ żłobek € szkoła ogólnodostępna € szkoła specjalna

€ przedszkole ogólnodostępne € szkoła ogólnodostępna z internatem € oddział specjalny

€ przedszkole integracyjne € szkoła integracyjna € szkoła specjalna z internatem

€ przedszkole specjalne € oddział integracyjny € ośrodek szkolno - wychowawczy

w wymiarze (ile godzin dziennie)…………………………………………………………………………………………………………………….

Poniższe pola wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy dziecko uczęszcza do szkoły lub ośrodka szkolno – wychowawczego:

Klasa do której uczęszcza dziecko…………………………………………………………………………………………………………………………

Dziecko uczęszcza do placówki: € samodzielnie € niesamodzielnie

Dziecko korzysta z : € internatu € stołówki szkolnej € świetlicy szkolnej

Dziecko korzysta z nauczania indywidualnego: € tak, w wymiarze………………………………………… € nie

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy , zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w niniejszej sprawie jest autentyczna i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności Nr 2 w Gorzowie Wlkp. danych osobowych moich i dziecka zawartych w niniejszym wniosku w celach związanych z rozpatrzeniem tego wniosku oraz dla potrzeb prowadzenia bazy danych osób niepełnosprawnych.

………………………………………………………….. dnia ………………………………………………….. ……………………………………………………………………………

(miejscowość) (podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

**Załączniki:**

* oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka,
* kserokopie dokumentacji medycznej dziecka,
* kserokopia dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka,
* kserokopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka,
* opinia psychologiczna wystawiona przez szkołę