

B

ADNOTACJE URZĘDOWE

data wpływu do Zespołu, podpis
przyjmującego:**Wniosek
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
(dotyczy osób do 16 roku życia)**

Nr akt: MZOON.4931.

Nr wniosku:*Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie***DANE OSOBOWE DZIECKA:**

nazwisko													
imię 1 / imię 2													
obywatelstwo / nr PESEL													
data, miejsce urodzenia													
rodzaj dokumentu tożsamości właściwy zaznaczyć	1/ odpis skrócony aktu urodzenia z wpisanym nr PESEL (załączyć obowiązkowo) oraz 2/ dowód osobisty <i>lub</i> 3/ paszport <i>lub</i> 4/ legitymacja szkolna												
seria i nr dok. tożsamości	akt urodzenia												
adres zameldowania	miejsowość, kod pocztowy:												
	ul., nr domu, nr lokalu:												
adres pobytu, jeśli jest inny niż zameldowania	miejsowość, kod pocztowy:												
	ul., nr domu, nr lokalu:												

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

nazwisko													
imię 1 / imię 2													
obywatelstwo / nr PESEL													
data, miejsce urodzenia													
rodzaj dokumentu tożsamości właściwy zaznaczyć	1/ dowód osobisty 2/ paszport												
seria i nr dok. tożsamości													
adres zameldowania	miejsowość, kod pocztowy:												
	ul., nr domu, nr lokalu:												
adres pobytu, jeśli jest inny niż zameldowania	miejsowość, kod pocztowy:												
	ul., nr domu, nr lokalu:												
TELEFON KONTAKTOWY													

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

X Zaznaczyć

	po raz pierwszy
	dla uzyskania kontynuacji orzeczenia o niepełnosprawności - załączyć kopię poprzedniego orzeczenia
	zmianę ważnego orzeczenia w związku ze zmianą (pogorszeniem) stanu zdrowia - załączyć kopię poprzedniego orzeczenia

DLA CELÓW:X *Zaznaczyć*

<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania karty parkingowej
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
<input type="checkbox"/>	<i>Inne – wymienić, jakie</i>

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:*Zaznaczyć X*

DZIECKO UCZĘSZCZA: (jeżeli są, załączyć kopie orzeczeń i opinii dotyczących nauczania w systemie specjalnym i indywidualnym)	<i>żłobek</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole ogólnodostępne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole integracyjne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole specjalne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła ogólnodostępna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła ogólnodostępna z internatem</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła integracyjna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oddział integracyjny</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła specjalna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oddział specjalny</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła specjalna z internatem</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ośrodek szkolno -wychowawczy</i>	<input type="checkbox"/>	

OŚWIADCZENIA:

CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ? <i>Jeżeli tak, załączyć kopie orzeczeń</i>	TAK / NIE
CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ? <i>Jeżeli tak, załączyć opinie</i>	TAK / NIE
CZY DZIECKO ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA MOŻE PRZYBYĆ NA BADANIE PRZEZ ZESPÓŁ	TAK / NIE

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
2. Do czasu wydania orzeczenia zobowiązuję się zawiadamiać Zespół o zmianach dot. w/w danych, w tym miejsca aktualnego pobytu.

Dnia

.....

*(podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego dziecka)***INFORMACJE DODATKOWE:**

Niezbędne jest dołączenie do wniosku aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia (*na formularzu Zespołu*) oraz **dokumentacji medycznej** potwierdzającej schorzenia i innych dokumentów mogących mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, dat powstania oraz wskazań – np. kart szpitalnych, wyników badań, ocen, opinii lekarskich i psychologicznych (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*).