

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

na podstawie §2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

<b>ADRES:</b> <b>Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności</b> <b>ul. Sienkiewicza 17</b> <b>27-500 Opatów</b> <b>Tel. 15 868-42-09, 15 868-47-27</b>  <b>Godziny pracy:</b> <b>Poniedziałek-piątek 7:30-15:30</b>	<b>Nr sprawy: PZO-I.8321.2.....</b>
--	-------------------------------------

### Wniosek składam: \*

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia  
*(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)*
- W związku ze zmianą stanu zdrowia  
*(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)*

### Dane dziecka (osoby poniżej 16 roku życia):

Imię i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL ..... obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i Nr .....

Adres zameldowania .....

Adres pobytu powyżej (powyżej 2 miesięcy).....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

### Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: .....


Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL ..... obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

<b>Numer telefonu</b>  ...../ .....*
<b>adres e-mail:</b> .....*
<i>* jeśli posiada</i>

**Wniosek składam do celów:\***

<input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	<input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych	<input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej
<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego	<input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego	<input type="checkbox"/> inne (wymienić): .....
<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego	

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka:\***

**Warunki mieszkaniowe:** .....  
(ilość, rodzaj, wyposażenie pomieszczeń w miejscu zamieszkania - np. 5 pokoi, kuchnia, łazienka, co)

**Liczba osób zamieszkujących wspólnie :** .....

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:\***

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBŚLUGOWYCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORUSZANIE SIĘ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:\***  NIE;  TAK;

.....  
(jeśli TAK, wymienić ilość oraz rodzaj sprzętu usprawniającego zaburzone funkcje organizmu lub wspomagającego proces rehabilitacji)

**Dziecko**  **nie uczęszcza** /  **uczęszcza \*** **do placówki oświatowej** (np. żłobek, przedszkole, szkoła) .....  
(jeśli uczęszcza- podać nazwę placówki wraz z informacją nt. etapu edukacji- np. Szkoła Podstawowa w ... ,klasa III )

\* Właściwie zaznaczyć

## Oświadczenia:\*

1. W imieniu dziecka  nie składano /  składano uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ r.
2. Dziecko  nie posiada /  posiada orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ r.; ważne do dnia \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_ r.
3. Dziecko  może /  nie może przybyć na posiedzenia składu orzekającego (jeśli NIE – należy załączyć odrębne zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).
4. Jestem świadomy/a, że przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący PZO 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 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).
5. Zobowiązuje się powiadomić Powiatowy Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i dziecka przez Administratora Danych Osobowych tj. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie, ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.
8. Podaję dane osobowe dobrowolnie oraz zostałem/am poinformowany/a, iż ich niepodanie uniemożliwi rozpatrzenie wniosku.
9. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (dostępnej na stronie starostwa bądź w siedzibie Zespołu).

### Załączniki:

1. Dokumentacja medyczna;
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się dziecko;
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):

.....  
.....

Podpis osoby składającej wniosek <sup>1</sup>

.....

<sup>1</sup> Podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku składania wniosku przez OPS na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić pisemny dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.

\* Właściwe zaznaczyć