

Nr sprawy
(nadaje Zespół)

Miejscowość
Data

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wypełniać drukowanymi literami!

Dane osobowe dziecka:

IMIĘ NAZWISKO

Data urodzenia Miejsce urodzenia
dzień - miesiąc - rok

Numer PESEL

Nr i rodzaj dokumentu tożsamości dziecka (akt urodzenia*, legitymacja szkolna*, paszport*)

Adres zameldowania dziecka.....

Adres pobytu
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego dziecka /rodzic, rodzina zastępcza, placówka opiekuńcza/*:

IMIĘ NAZWISKO

Data urodzenia Miejsce urodzenia
dzień - miesiąc - rok

Numer PESEL

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego.....

Adres pobytu (korespondencji).....

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – podać jaki)

Telefon kontaktowy

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Bydgoszczy
ul. Toruńska 272, 85-831 Bydgoszcz**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej,
- innych, wymienić jakich.....

Najważniejszy cel złożenia wniosku proszę podkreślić!

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Przedstawiciel ustawowy **pobiera / pobierał*** na dziecko **zasilek pielęgnacyjny**

2. **Składano / nie składano*** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:

kiedy(dokładna data)....., z jakim skutkiem.....

nr sprawy....., ważne do

3. Dziecko **może/ nie może*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

4. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do przedszkola / szkoły ogólnodostępnego(ej), integracyjnego(ej), specjalnego(ej) w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Wniosek niniejszy składam z powodu **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia ***.

7. DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

*niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. z 2002, Nr 101, poz 926)

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- **Kserokopie wszelkiej dokumentacji mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wydający dany dokument**, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie (w przypadku ich braku wnioskodawca zobowiązany jest zostawić oryginały dokumentacji),
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

