Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy ..... …….....
miejscowość i data

Imię i nazwisko dziecka .....

Nr PESEL dziecka ..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Nr legitymacji szkolnej lub nr aktu urodzenia…….

Adres zameldowania dziecka .....

.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../....

Nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

..... tel. .....

Adres pobytu(korespondencji) .....

……..

Sytuacja rodzinna oraz warunki mieszkaniowe

1.Warunki mieszkaniowe * □ mieszkanie □ dom jednorodzinny (piętro)…….

ilość pokojów……ciepła woda……centralne ogrzewanie ……

łazienka…….. toaleta…….inne ……..

2. Liczba osób zamieszkujących wspólnie …….

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Końskich

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?) .....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało * zasiłek pielęgnacyjny do dnia .....,
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, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),

4. Dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza do przedszkola/ szkoły ogólnodostępnego(ej), integracyjnego(ej), specjalnego(ej) w wymiarze .....godzin dziennie / tygodniowo * Korzysta/ nie korzysta * ze świetlicy szkolnej / stołówki / internatu*.

5. 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.

Do wniosku załączam:

1. posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu **w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.**

*właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych celu wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej, zgodnie z ustawą dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2014r. poz. 1182).

W toku prowadzonego postępowania przed Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Końskich zobowiązuje się powiadomić o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania.

.....

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić