

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób poniżej 16 roku życia)

Nr sprawy

Olsztyn, dn.:

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć X):

1. O wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla osób, które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności
2. O wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dla osób które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności z określoną datą ważności
3. O wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia, dla osób posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

I. Dane osoby zainteresowanej:

Imię/imiona i nazwisko dziecka :

Data i miejsce urodzenia dziecka: PESEL :

Dokument potwierdzający tożsamość dziecka

Imię/imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały:

Adres pobytu dziecka:

Adres do korespondencji:

Numer telefonu:

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, w celu: (właściwe zaznaczyć X)

1. Zasiłek pielęgnacyjny,
2. Świadczenie pielęgnacyjne,
3. Inne, jakie?.....

oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:

4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
6. Spełnianie przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (karta parkingowa),
7. Prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
8. Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

GŁÓWNY CEL WNIOSKU (tylko jeden pkt) nr:

II. Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan rodzinny (odpowiednie zaznaczyć X i uzupełnić):

pełna, liczba dzieci w rodzinie

niepełna, liczba dzieci w rodzinie

- a) dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego* w wymiarzego-dzin dziennie/tygodniowo*

- b) dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej/ integracyjnej/ specjalnej*, samodzielnie/niesamodzielnie*
w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
- c) korzysta/nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
- d) korzysta/nie korzysta* ze świetlicy szkolnej/stołówki szkolnej*

2. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji

- a) dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/porusza się o kulach/na wózku inwalidzkim/z pomocą drugiej osoby*
- b) przyjmuje pokarmy samodzielnie /jest karmione przez drugą osobę/ wymaga stosowania diety (jakiej)*
.....
- c) rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
- d) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
- e) rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno - leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
.....
- f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu

III. Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Olsztynie zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych iw sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), gromadzonych w Elektronicznym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
2. Składałem/ nie składałem· uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności. Jeżeli tak, to kiedy.....r., z jakim skutkiem
3. Dziecko może/nie może· przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby.
4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w mojej sprawie (art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, (Dz.U. z 2024 r.. poz. 572)
5. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy, art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r. poz. 17).
6. Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów (art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r. poz. 17).

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

* niepotrzebne skreślić

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. – **przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia,
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeżeli takie były).