

....., - - - - - r.
(miejscowość) (data)

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

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

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 PESELobywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zameldowania

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania)

Numer telefonu ☎/

* Właściwie zaznaczyć

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 funkcji 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)

* Właściwe 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 ¹

.....

¹ 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