

UWAGA ! W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 24 lipca 2024 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zgodnie z art. 1 pkt 1 w przypadku złożenia wniosku o wydanie kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.

data r

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy: PZOON 52212021

nr wniosku.....

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzeniamiejsce urodzenia

PESELnumer aktu urodzenia.....

Adres zameldowania i pobytu

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka(rodzic lub opiekun)

Imię i nazwisko

PESEL.....seria i nr dowodu osobistego

Adres zameldowania lub pobytu.....Nr telefonu.....

Adres do korespondencji.....

POWIATOWY ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

w Szamotułach ul. Wojska Polskiego 1

Proszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu : *

1. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2. uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3. korzystania z prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4. uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
6. inny cel (proszę podać jaki)

Konieczne wskazanie celu podstawowego nr celu od 1 do 6:.....

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka ,dziecko uczęszcza do:

Żłobek*/przedszkole ogólnodostępne*/przedszkole specjalne*/przedszkole integracyjne*/szkoła ogólnodostępna*/szkoła ogólnodostępna z internatem*/szkoła integracyjna*/szkoła specjalna*/szkoła specjalna i internatem*/ośrodek szkolno-wychowawczy*.

Oświadczam , że :

1. Przedstawiciel ustawowy dziecka pobiera / pobierał (nie pobiera) zasiłek pielęgnacyjny*/ świadczenie pielęgnacyjne* / inne
2. Składano / nie składano uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności dziecka* jeżeli tak , to kiedy z jakim skutkiem
3. Dziecko może / nie może przybyć na posiedzenie składu orzekającego (Jeżeli nie, to należy **dołączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, konsultacji uzupełniających złożone zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie .

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma / y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

WAŻNE : W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka :

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wydane przez lekarza leczącego ważne 30 dni od daty jego wystawienia
2. **Kserokopie - potwierdzone za zgodność z oryginałem lub oryginały do wglądu** - posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy badań specjalistycznych np. RTG, USG, EKG, EEG, KT, opinie psychologiczne, wyniki konsultacji lekarzy specjalistów i inne dokumenty medyczne , kopie poprzednich orzeczeń .
3. **kserokopię skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka;**