

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy \_\_\_\_\_

Miejscowo \_\_\_\_\_ Dnia \_\_\_\_\_

**Nazwisko i imię dziecka** \_\_\_\_\_

**Data i miejsce urodzenia dziecka** \_\_\_\_\_

**Nr PESEL dziecka** \_\_\_\_\_

**Nr dokumentu potwierdzający to samo** (akt urodzenia, leg. szkolna, dowód osobisty) \_\_\_\_\_

**Adres stałego zameldowania dziecka** \_\_\_\_\_

**Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego dziecka** \_\_\_\_\_

**Data i miejsce urodzenia** \_\_\_\_\_

**Nr i seria dowodu osobistego** \_\_\_\_\_

**Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka** \_\_\_\_\_

**Adres stałego zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka** \_\_\_\_\_

**Adres do korespondencji** \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### **Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju**

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

- zasięku pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?) \_\_\_\_\_

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobiera zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
kiedy (data komisji) \_\_\_\_\_  
z jakim skutkiem \_\_\_\_\_

3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy założyć za wiadczenie lekarskie potwierdzające niemożność udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. w razie stwierdzonej przez zespół Orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających zezwolenie za wiadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza niebędącego 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 odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.*

Do wniosku załączam:

1. za wiadczenie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju wydane w ciągu **30 dni** poprzedzających złożenie wniosku
2. posiadane dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka (kserokopie poświadczane za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały dokumentów do wglądu), jakie:

í  
í ..í í í í í í í í í í í í í í í í í í í  
í  
í .

**Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o ponowne ustalenie niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

**O WIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2014r., poz.1182 z późn. zm.)

W toku prowadzonego postępowania przed Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju zobowiązuję się powiadamiać o każdej dorazowej zmianie miejsca zamieszkania.

í  
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka