

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA  
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Imię /imiona																	
Nazwisko																	
PESEL											Numer telefonu:						
Data urodzenia											Miejsce urodzenia						
Adres stałego zameldowania:																	
Adres zamieszkania (pobytu):																	

**Dane przedstawiciela ustawowego:**

Imię /imiona																	
Nazwisko																	
Data urodzenia											Miejsce urodzenia						
Adres stałego zameldowania:																	
Adres zamieszkania (pobytu):																	
PESEL											Numer telefonu:						
Seria				Numer					Dowodu osobistego (paszportu)								

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Strzelinie**

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

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- innych (wymienić jakich) .....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera (pobierało, nie pobierało\*) zasiłek pielęgnacyjny .....
2. składano (nie składano\*) uprzednio wniosek o ustalenie 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. 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/a 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 posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

.....

miejscowość, data

.....

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\*) zaznaczyć właściwie

