

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA DZIECKA
DO 16 ROKU ŻYCIA**

Nr sprawy: **PZ.8420**.....

.....
(miejscowość i data)

DANE DZIECKA:

Nazwisko i imię (imiona):

PESEL: Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości: Rodzaj dokumentu tożsamości:

Adres zameldowania dziecka:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:

Nazwisko i imię (imiona):

PESEL: Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości: Rodzaj dokumentu tożsamości:

Adres zameldowania:

Adres pobytu:

Nr telefonu:

Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
16-400 Suwałki, ul. Mickiewicza 3, Nr tel. 87 563 21 80**

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

a) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, **b)** uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego, **c)** inne (jakie ?)

Oświadczam, że:

- 1.** składałem/am / nie składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności dziecka **ważne do:**
- 2.** dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
- 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.** dziecko uczęszcza do: **żłobka / przedszkola; ogólnodostępnego, integracyjnego, specjalnego / szkoły; ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej, / ośrodka szkolno – wychowawczego**
- 5.** W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
- 6.** Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- 7.** Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).

Do oryginału wniosku załączam:

- **oryginał zaświadczenia lekarskiego** o stanie zdrowia dziecka wydanego przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko **nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,**
- **oraz kserokopie i oryginały (do wglądu) innej posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka** m. in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarskie, opisy badań, konsultacje, opinie psychologiczne, orzeczenia poradni psychologiczno - pedagogicznych itp.)

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka