

WYPEŁNIA pracownik Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

Nr sprawy: ON.8211-2/.....

Data wpływu wniosku:

**Wniosek**  
**w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności**  
( uzupełnia przedstawiciel ustawy DRUKOWANYMI LITERAMI)

**I.** Imię i nazwisko dziecka .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Adres zamieszkania dziecka .....  
Numer i seria dowodu osobistego ( lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość) dziecka .....  
PESEL dziecka .....

**II.** Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....  
Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....  
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....  
Numer telefonu kontaktowego<sup>1</sup> .....

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

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:** (właściwe zaznaczyć)

- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- inne (jakie) .....

1. Dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza\* do przedszkola:

- a) ogólnodostępnego
- b) integracyjnego
- c) specjalnego

2. Dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza\* do szkoły:

- a) ogólnodostępnej
- b) integracyjnej
- c) specjalnej

**Oświadczam, że :**

- 1. dziecko było/jest zaliczone do osób niepełnosprawnych TAK/ NIE\*
- 2. dziecko może\*/ nie może przybyć na badania przedmiotowe\* ( jeżeli nie , to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

3. W razie stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka, wydane przez lekarza leczącego, ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole.
2. Posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka,

Kserokopia dokumentacji medycznej powinna być **potwierdzona za zgodność z oryginałem**. W przypadku braku potwierdzenia należy przedłożyć kserokopie dokumentacji oraz oryginały do wglądu.

3. Inne dokumenty, proszę podać jakie:.....

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

**Oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam się z informacją o warunkach przetwarzania moich danych osobowych oraz danych osobowych dziecka przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaśle zamieszczoną na stronie internetowej Zespołu [www.pzonjaslo.info](http://www.pzonjaslo.info) oraz udostępnionych w siedzibie Zespołu.**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

### **OŚWIADCZENIE O MIEJSCU STAŁEGO POBYTU**

Pouczony/a o treści art. 25 ust.1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o ewidencji ludności (Dz.U. z 2017r.,poz.657), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem stałego pobytu /miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek jest:

.....  
( adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997r., Nr. 88, poz.553z późn. zm.)-*kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> należy podać w przypadku wyrażenia zgody na kontakt Zespołu drogą telefoniczną

**Przy składaniu wniosku należy okazać dowód osobisty przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego dziecka**