do 16

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy: ZOON-I-8211/dz-.....
*(wypełnia PZOON)*

Imię i nazwisko **dziecka** .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania **dziecka** .....

Adres pobytu **dziecka** .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....
*ulica/ miejscowość*

.....
*Kod* *Poczta* *Gmina* *Powiat*

Adres pobytu przedstawiciela ustawowego dziecka .....

.....

Nr tel. .....

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**
**62-510 Konin, ul. Hurtowa 1**
**tel. 063 243 03 09**

Proszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu*:

1) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie
2) korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
3) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
4) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
5) uzyskania karty parkingowej
6) uzyskania dodatku mieszkaniowego
7) inne (jakie?) .....

Oświadczam, że:

1. Przedstawiciel ustawowy dziecka pobiera*/pobierał* (nie pobiera*) zasiłek pielęgnacyjny*/świadczenie pielęgnacyjne* /inne.....
2. Składano* (nie składano*) uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy.....
   z jakim skutkiem .....
3. Dziecko może* (nie może*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy **załączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
4. W razie stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydanego przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, 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.**

W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku
2. kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG ,TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne wniosku.

* właściwe podkreślić i uzupełnić

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka