

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

(dla osób poniżej 16-go roku życia)

Miejscowość....., Data.....,

Nr sprawy.....

Imię i Nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Dokument tożsamości dziecka (akt urodzenia, legitymacja szkolna, paszport*) Nr.....

Data urodzenia dziecka, Miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Dokument tożsamości opiekuna (dowód osobisty, paszport, legitymacja*) Nr.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres do korespondencji

Nr telefonu

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim

Proszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów*:

1. Zasiłku pielęgnacyjnego
2. Świadczenia pielęgnacyjnego
3. Korzystania z ulg i uprawnień na podst. art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2020r. poz. 110 tj.)
4. Inne (jakie?)

Oświadczam, że:

1. Dziecko: **POBIERA / POBIERAŁO / NIE POBIERA*** zasiłek pielęgnacyjny
2. Na dziecko: **POBIERANO / NIE POBIERANO*** świadczenie pielęgnacyjne
3. **SKŁADANO / NIE SKŁADANO*** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy....., orzeczenie nr

* właściwe zaznaczyć

z jakim skutkiem

4. Dziecko: MOŻE / NIE MOŻE* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
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 nie będącego 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/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej dotyczące stanu zdrowia dziecka.

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego (rodzica) dziecka

Oświadczam, że zgodnie z §19 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 oraz art. 36 KPA Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim zawiadomił mnie, że złożony wniosek nie może być rozpatrzony w terminie ustawowym tj. w ciągu miesiąca gdyż rozpoznanie spraw ograniczone jest ilością posiedzeń składów orzekających w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim. W związku z powyższym wniosek mój zostanie rozpatrzony wg kolejności wpływu w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od daty złożenia kompletnego wniosku do siedziby Zespołu. O konkretnym terminie komisji Zespół zobowiązał się poinformować mnie odrębnym pismem.

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego (rodzica) dziecka

* właściwe zaznaczyć