

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Numer sprawy:

ZS.II.8321.2. 2026

Numer poprzedniej sprawy:

.....

.....
Miejscowość i data

UWAGA: W przypadku ponownego ubiegania się o przyznanie niepełnosprawności wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności!!!

Imię i nazwisko dziecka

Numer PESEL dziecka.....

Numer i seria dowodu osobistego/leg.szkolnej/aktu urodzenia dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zameldowania dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr telefonu kontaktowego Adres e-Doręczeń

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

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

- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji / korzystanie z usług socjalnych , opiekuńczych , terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- korzystanie z uprawnień art.8 ust.1 ustawy z 20.06.1997r. -Prawo o ruchu drogowym
- uzyskanie przez opiekuna zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Inne – korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Oświadczam, że:

- 1) dziecko pobiera/ pobierało* zasiłek pielęgnacyjny,
- 2) składano/ nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, jeśli składano to (kiedy?)..... (z jakim skutkiem?) ,
(ważne do dnia?)
- 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 wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
- 5) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka oraz moich przez Administratora Danych Osobowych tj. Starostwo Powiatowe w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Hłzecka 37, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.
- 6) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej (dostępnej na stronie internetowej bądź w siedzibie Zespołu).

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

Uwaga !!! Do wniosku należy dołączyć:

1. „Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności” – w oryginale.
2. Aktualne dowody leczenia: posiadane opinie i konsultacje lekarzy specjalistów, opisy zdjęć RTG, karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz inną dokumentację medyczną – kserokopie i oryginały (oryginały należy przynieść wyłącznie do wglądu).
3. Posiadane orzeczenia o grupach inwalidzkich oryginały i kopie (Zespół Orzekający).

Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się o zasiłek pielęgnacyjny lub świadczenie pielęgnacyjne. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety*
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu

Sytuacja społeczna dziecka

1. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego* w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej* samodzielnie/ niesamodzielnie* w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo
3. korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*
4. korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej*

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

OŚWIADCZENIE o miejscu pobytu stałego

(Wypełniają osoby posiadające nowe dowody osobiste, w których brak jest adresu zamieszkania)

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o ewidencji ludności (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 274 z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z 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 od 6 miesięcy do lat 8 potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka do 16-go roku życia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria legitymacji szkolnej PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....
.....
.....
.....

4. (Wypełnić w przypadku, gdy dziecko posiada chorobę narządu wzroku)

Wzrok OP bez korekcji

Wzrok OL bez korekcji

Wzrok OP z korekcją

Wzrok OL z korekcją

Zwężenie pola widzenia

Rozpoznanie

.....

.....

5. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

6. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

8. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

9. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

W/w dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE*

U w/w dziecka nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

.....
(pieczęć i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić