

[illegible]

|                    |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| KOD POCZTOWY       |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POCZTA             |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:**

*X* **Zaznaczyć**

**Cel podstawowy:**  
(tylko jeden)

**Pozostałe cele:**

|  |                                                                                                                                                                      |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                                                                                                                    |
|  | Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego                                                                                                                                |
|  | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2005 R., Nr 108, poz. 908) z późn. zmianami <i>Karta parkingowa</i> |
|  | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej                                                                                                                           |
|  | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju                                                                                                                                   |
|  | Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze                                                                                                 |
|  | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów                                                                                                |

Inne-wymienić jakich:

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:**

*Zaznaczyć X*

|                           |                                    |  |
|---------------------------|------------------------------------|--|
| <b>DZIECKO UCZĘSZCZA:</b> | żłobek                             |  |
|                           | przedszkole ogólnodostępne         |  |
|                           | przedszkole integracyjne           |  |
|                           | przedszkole specjalne              |  |
|                           | szkoła ogólnodostępna              |  |
|                           | szkoła ogólnodostępna z internatem |  |
|                           | szkoła integracyjna                |  |
|                           | oddział integracyjny               |  |
|                           | szkoła specjalna                   |  |
|                           | oddział specjalny                  |  |
|                           | szkoła specjalna z internatem      |  |
|                           | ośrodek szkolno-wychowawczy        |  |

**OŚWIADCZENIA:**

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?</b> |  |
| <i>Zaznaczyć X jeżeli było/jest</i>                                |  |
| <b>CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?</b>                  |  |
| <i>Zaznaczyć X jeżeli było</i>                                     |  |

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

....., dnia .....

.....  
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

**INFORMACJE DODATKOWE:**

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
  - bezdomnych,
  - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
  - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
  - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.