

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy miejscowość i data

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Nr legitymacji szkolnej lub nr aktu urodzenia.....

Adres zameldowania dziecka

.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

..... tel.

Adres pobytu(korespondencji)

.....

Adres e-mail.....

Sytuacja rodzinna oraz warunki mieszkaniowe

1. Warunki mieszkaniowe * ☐ mieszkanie ☐ dom jednorodzinny (piętro).....

ilość pokoi.....ciepła woda.....centralne ogrzewanie

łazienka..... toaleta.....inne

2. Liczba osób zamieszkujących wspólnie

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Końskich

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?)

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało * zasiłek pielęgnacyjny do dnia,
2. składano / nie składano * uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy?
z jakim skutkiem?

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. Dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza do przedszkola/ szkoły ogólnodostępnego(ej), integracyjnego(ej), specjalnego(ej) w wymiarzegodzin dziennie / tygodniowo *
Korzysta/ nie korzysta * ze świetlicy szkolnej / stołówki / internatu*.

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 ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Do wniosku załączam:

1. posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu **w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.**

*właściwe podkreślić

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych celu wydania orzeczenia osoby niepełnosprawnej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia w sprawie ochrony danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). W toku prowadzonego postępowania przed Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Końskich zobowiązuje się powiadomić o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania.
- Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić

Obowiązuje od 03.10.2019r.