**Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

Nr sprawy: …………………………. ………………………………………...

 ( numer nadaje Zespół ) data przyjęcia, podpis osoby przyjmującej wniosek

Wąbrzeźno, dnia……………………………..

**Imię i nazwisko dziecka** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Data i miejsce urodzenia dziecka** ….……...……….................………………….……………..............……………………..…………………….

**Nr PESEL dziecka** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Adres zameldowania dziecka (stałego wg dokumentów)** .……….……………...........…….......……………

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

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka (stałego wg dokumentów):** ................................

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

**Adres pobytu przedstawiciela ustawowego dziecka (korespondencyjny):** ........................................................

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

**Seria i nr dowodu osobistego** ...................................................... ; **Nr telefonu** ................................................................

**Komisja pierwszorazowa □ Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Komisja kolejna □ o Niepełnosprawności**

 **ul. Wolności 44**

 **87 – 200 Wąbrzeźno**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:** *( odpowiednie zaznaczyć )*

- zasiłku pielęgnacyjnego,

- inne ( należy wymienić jakie ? ) .............................................................................................................................................................................

**Sytuacja społeczna dziecka:**

1. Stan rodziny ....................... osób.
2. Dziecko uczęszcza\*/ nie uczęszcza do przedszkola ogólnodostępnego\* / integracyjnego\* / specjalnego\*

w wymiarze ................................... godzin dziennie\* / tygodniowo\*.

1. Dziecko uczęszcza\* / nie uczęszcza\* do szkoły ogólnodostępnej\* / integracyjnej\* / specjalnej\* -

samodzielnie\*/ niesamodzielnie\* w wymiarze .................... godzin tygodniowo.

1. Korzysta\* /nie korzysta\* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin ..................... dziennie\* / tygodniowo\*.
2. Dziecko korzysta\* / nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej\* / stołówki szkolnej\*.
3. Dziecko korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego zbędne\* / wskazane\* / niezbędne\*.

**Oświadczam, że:**

1. Dziecko *pobiera / pobierało / nie pobierało* \* zasiłek pielęgnacyjny ( do kiedy ? ) .....................................................
2. Składano / nie składano\* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności; kiedy? data posiedzenia komisji .................................., z jakim skutkiem: *zaliczyć / nie zaliczyć\** do osób niepełnosprawnych, na okres do ....................................... wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki\* Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w ......................................
3. **Dziecko może / nie może\* 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. Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących dziecka i mojej osoby, utrwalanie ich oraz przetwarzanie zgodnie z celem określonym w złożonym wniosku
5. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

*\* odpowiednie zaznaczyć*

...……...........................……………...…………………………………

Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

( podać stopień pokrewieństwa )

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną**

**zgodnie z poniższą informacją.**

**Informacja!**

Do **oryginału wniosku** należy załączyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego (rodzinnego lub specjalistę) na obowiązującym druku (oryginał),**

Zaświadczenie zachowuje ważność **30 dni** od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole.

1. **Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** ( zgodnie z art. 76a kpa - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia, tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym ) **umożliwiającej zaliczenie do osób niepełnosprawnych i ustalenie daty powstania tej niepełnosprawności,**

**Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który wydał dokument** ( np. kopię historii choroby potwierdza Poradnia, która jest w posiadaniu oryginału historii choroby ) **lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia,**

**Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami *( oryginał dokumentu do wglądu Zespołu )***, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności.

**Dokumentację medyczną stanowią**: karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z poradni specjalistycznych i POZ, wyniki badań specjalistycznych ( np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; opisy do zdjęć rtg ), opinie i orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. aktualna opinia psychologa, pedagoga szkolnego, nauczyciela itp.

1. **W przypadku potwierdzenia przez lekarza niemożności stawienia się na posiedzenie składu orzekającego ze względu na stan zdrowia**, do wniosku należy dołączyć czytelną kserokopię dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka.
2. **Przy kolejnym składaniu wniosku należy dołączyć oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgromadzonej po dacie wydania ostatniego orzeczenia**, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia,
3. Jeżeli dziecko było orzekane w innym Zespole niż Powiatowy Zespół ds. Orzekania z Wąbrzeźna prosimy załączyć kopię tego orzeczenia.
4. **Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z ponownym wnioskiem o wydanie orzeczenia nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**