

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy osób do 16 roku życia)

Nr sprawy: **PZON.8321.2. 2023**

*Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami
Wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności złożyć można najwcześniej 30 dni przed
upływem ważności poprzedniego orzeczenia!*

DANE OSOBOWE DZIECKA:

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																							
DATA URODZENIA		-		-		WPISAĆ CYFRAMI: dzień/miesiąc/rok																					
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI (zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport						<input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> odpis skrócony aktu urodzenia						Uwaga! Dzieci w wieku szkolnym powinny posiadać dokument tożsamości ze zdjęciem!														

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY		-																									
POCZTA																											

ADRES POBYTU DZIECKA (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY		-																									
POCZTA																											

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																							
DATA URODZENIA		-		-		WPISAĆ CYFRAMI: dzień/miesiąc/rok																					
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI (zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy						<input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> odpis skrócony aktu urodzenia																				

ADRES ZAMELDOWANIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY		-																									
POCZTA																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

ADRES POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY				-																
POCZTA																				

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

Zaznaczyć X

<input type="checkbox"/>	uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

inne – wymienić jakich:

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

Zaznaczyć X

DZIECKO UCZĘSZCZA:	<input type="checkbox"/>	żłobek	<input type="checkbox"/>	szkoła integracyjna
	<input type="checkbox"/>	przedszkole ogólnodostępne	<input type="checkbox"/>	oddział integracyjny
	<input type="checkbox"/>	przedszkole integracyjne	<input type="checkbox"/>	szkoła specjalna
	<input type="checkbox"/>	przedszkole specjalne	<input type="checkbox"/>	oddział specjalny
	<input type="checkbox"/>	szkoła ogólnodostępna	<input type="checkbox"/>	szkoła specjalna z internatem
	<input type="checkbox"/>	szkoła ogólnodostępna z internatem	<input type="checkbox"/>	ośrodek szkolno-wychowawczy

OŚWIADCZENIA:

CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?	<input type="checkbox"/>
Zaznaczyć X jeżeli było/jest	

CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?	<input type="checkbox"/>
Zaznaczyć X jeżeli było	

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA DZIECKO MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?	<input type="checkbox"/>	może
	<input type="checkbox"/>	nie może
Zaznaczyć X		

WNIOSEK SKŁADAM ZE WZGLĘDU NA:

Zaznaczyć X

<input type="checkbox"/>	pierwszy wniosek
<input type="checkbox"/>	zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia
<input type="checkbox"/>	ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego
<input type="checkbox"/>	ponowne wydanie orzeczenia

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

JESTEM ŚWIADOMY, ŻE AKTA SPRAWY BĘDĄ PRZEKAZYWANE WOJEWÓDZKIEMU ZESPOŁOWI DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŁODZI I SĄDOM POWSZECHNYM W PRZYPADKU ODWOŁAŃ.

Pajęczno, dnia

.....
(podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego)**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:
 - bezdolnych,
 - 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.

**WYPEŁNIEĆ WYŁĄCZNIE PRZYPADKU OSÓB LEGITYMUJĄCYCH SIĘ DOWODEM OSOBISTYM,
KTÓREGO WZÓR NIE ZAWIERA INFORMACJI O MIEJSCU ZAMIESZKANIA.**

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 510 ze 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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 ze 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)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.

**Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia.
Zaświadczenie winno być wypełnione w całości (RÓWNIEŻ DANE OSOBOWE)
WYŁĄCZNIE PRZEZ LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO.
Brak pieczętek podmiotu wystawiającego lub/i podpisu lekarza, daty oraz PEŁNYCH
danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.**

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość:

Data:

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

.....

1. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:*

2. *Przebieg schorzenia podstawowego:*

3. *Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:*

4. *Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:*

5. *Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie:*

6. *Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu):*

7. *Czy dziecko z powodu stanu zdrowia jest trwale niezdolne do przybycia na posiedzenie składu orzekającego?*

jest zdolne do przybycia.

jest niezdolne do przybycia z uwagi na:

.....

Uwaga: jeżeli dziecko (z powodu stanu zdrowia) jest trwale niezdolne do odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia dziecko zostanie wezwane na posiedzenie składu orzekającego).

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku (ułożyć według daty sporządzenia)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

lp.	nazwa dokumentu medycznego	data sporządzenia

Pajęczno, dnia..... (czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego)

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych – wyłącznie kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu.

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej udostępniona w postaci papierowych wydruków (dokumenty opatrzone wyłącznie podpisem elektronicznym, wydruki komputerowe bez odręcznych podpisów) również wymaga uwierzytelnienia.

UWAGA: Uwierzytelnienie za zgodność z oryginałem następuje poprzez przystawienie (na każdej stronie) przez osobę upoważnioną:

1. ***pieczęci urzędowej „za zgodność z oryginałem”, a w przypadku wydruków komputerowych „za zgodność wydruku”,***
2. ***oznaczenie daty oraz funkcji czy stanowiska i podpisanie (przez osobę upoważnioną),***
3. ***pieczęci nagłówkowej organu.***

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA
o NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w PAJĘCZNI**

Dane kontaktowe:

98-330 Pajęczno, ul. Wiśniowa 26
tel. 34 390-72-53, kom. 662 083 411
e-mail: pzon@powiatpajeczno.pl

Do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (UWAGA! przy składaniu należy okazać dokumenty potwierdzające tożsamość wymienione we wniosku, a w przypadku dzieci w wieku szkolnym należy okazywać się dokumentem ze zdjęciem) załącza się:

- ✓ zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka – wystawione przez lekarza leczącego (ważne jest 30 dni od daty wystawienia);
- ✓ dokumenty medyczne z przebiegu leczenia – możliwie szeroka, AKTUALNA dokumentacja medyczna odzwierciedlająca schorzenia, które wywołują ograniczenia funkcjonalne, tj. aktualne wyniki badań (istotne dla schorzenia), wypisy ze szpitala, karty zdrowia (historia choroby) itp. – kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu,
- ✓ w przypadku astmy i schorzeń alergologicznych – zaświadczenie od alergologa o stopniu ciężkości schorzenia, testy alergiczne, spirometria, gazometria;
- ✓ w przypadku cukrzycy aktualne wyniki badań (nie starsze niż 3 miesiące);
- ✓ w przypadku epilepsji (padaczki) – EEG;
- ✓ w przypadku zaburzeń słuchu – audiogramy;
- ✓ w przypadku wady wzroku – dno oka, pole widzenia, ostrość wzroku;
- ✓ w przypadku upośledzenia umysłowego – aktualna opinia psychologiczna (ważna jest dwa lata), orzeczenia psychologiczne.

UWAGA:

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych – wyłącznie kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Kopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu.

Dokumenty opatrzone wyłącznie podpisem elektronicznym, wydruki komputerowe również wymagają uwierzytelnienia.

Uwierzytelnienie kserokopii za zgodność z oryginałem następuje poprzez przystawienie (na każdej stronie) przez osobę upoważnioną:

1. pieczęci urzędowej „za zgodność z oryginałem”, a w przypadku wydruków komputerowych „za zgodność wydruku”,
2. oznaczenie daty oraz funkcji czy stanowiska i podpisanie (przez osobę upoważnioną),
3. pieczęci nagłówkowej organu.