

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

(osoby do 16 roku życia)

Nr sprawy dnia.....

Wniosek składam:*

- po raz pierwszy
 o ponowne ustalenie niepełnosprawności
 w związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane dziecka:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania.....

Adres pobytu (korespondencyjny).....

Nr PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości.....seria i numer.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania.....

Adres pobytu (korespondencyjny).....

Nr PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości.....seria i numer.....

Nr telefonu

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Lipnie

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
 uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego,
 zamieszkania w oddzielnym pokoju,
 uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
 korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
 innych,

(jakich?).....

Najważniejszy cel złożenia wniosku podkreślić!

Oświadczam, że dziecko:*

1. Pobiera, nie pobiera zasiłku pielęgnacyjnego.
2. Składano, nie składano uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności, jeżeli tak to: kiedy:..... z jakim skutkiem

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 choroby lub nie rokującej poprawy choroby.
4. Dziecko:* uczęszcza, nie uczęszcza do placówki oświatowej:.....
(np. żłobek, przedszkole szkoła: ogólnodostępna, specjalna, integracyjna).
5. W razie stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenia 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.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że otrzymałam/łem pisemną informację o zasadach przetwarzania danych osobowych wynikającą z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

W załączeniu do wniosku przekładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**)
2. kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ wydający dany dokument,
3. inne dokumenty, podać jakie

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem