

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

(Dane personalne proszę wypełnić drukowanymi literami)

Nr sprawy

Miejscowość i data

- Komisja pierwszorazowa
- Komisja kolejna

Imiona i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka Obywatelstwo:.....

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zameldowania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

..... tel.

Adres do korespondencji

Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

ul. Długa 13, 65-401 Zielona Góra

tel. 68 458 05 30 do 34 e-mail: pzon.zgora@o2.pl

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

- odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
- szkolenia, w tym specjalistycznego,
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- ubiegania się o zasiłek stały,
- ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny,
- spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym – karta parkingowa,
- spełnienia przez osobę przesłanek określonych w ustawie z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych – niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- inne.....

Oświadczam, że:

1. Dziecko pobiera/pobierało zasiłek pielęgnacyjny do dnia, składano/nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy?..... z jakim skutkiem?
.....
2. 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),
3. Dziecko uczęszcza/nie uczęszcza do przedszkola/ szkoły ogólnodostępnego(ej) integracyjnego(ej) specjalnego(ej) w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo (załączyć stosowne zaświadczenie)*
Korzysta/nie korzysta ze świetlicy szkolnej/stołówki/internatu*
4. 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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

* niepotrzebne skreślić