Powiatowy Zespół do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności

we Włocławku

ul. Stodólna 68, 87-800 Włocławek

tel. 54-230-46-59

***Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności***

Nr sprawy: .................................. Włocławek, dn. …...................................

*(wypełnia Zespół)*

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko: .............................................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia:.............................................................. PESEL: ...................................................................

Nr aktu urodzenia/ legitymacji szk./ paszportu/ tymczasowego dowodu osobistego\*:…..............................................

Adres zameldowania: .....................................................................................................................................................

**Dane przedstawiciela ustawowego**:

Imię i nazwisko:..............................................................................................................................................................

Adres zameldowania: .....................................................................................................................................................

Adres korespondencyjny: …...........................................................................................................................................

Seria i nr dowodu osobistego: ................................................... PESEL: ......................................................................

nr telefonu: ..........................................

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw**

**Orzekania o Niepełnosprawności we Włocławku**

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

a) zasiłku pielęgnacyjnego,

b) świadczenia pielęgnacyjnego,

c) karty parkingowej

d) inne (jakie?) …...........................................................................................................................................................

Wniosek o ustalenie niepełnosprawności składam:

a) po raz pierwszy

b) w związku ze zmianą stanu zdrowia

c) w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

**Uzasadnienie wniosku:**

1) Dziecko przebywa w:

a) domu rodzinnym

b) poza domem (podać gdzie, w jakiej placówce) ..........................................................................................

2) Dziecko porusza się:

a) samodzielnie

b) ma znaczne ograniczenia w poruszaniu się (podać jakie, np. kule łokciowe, wózek inwalidzki)

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

c) jest leżące

3) Dziecko spożywa posiłki: samodzielnie/ z pomocą innej osoby/ jest karmione\*

4) Dziecko uczęszcza do:

a) żłobka

b) przedszkola

c) szkoły

• masowej

• integracyjnej

• specjalnej (podać jakiej) .....................................................................................................................................

• nie uczęszcza

5) Dziecko korzysta z:

a) nauczania indywidualnego

b) indywidualnego programu kształcenia

c) korzysta z pomocy w nauce (podać jakiej) ................................................................................................................

6) **Składałem / nie składałem**\* uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności:

kiedy? ................................................................ …………………z jakim skutkiem? (zaliczono / nie zaliczono\*) na okres do .........................................................., orzeczenie nr ..................................................................................

wydane przez Powiatowy / Miejski/ Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

w ..................................................................................................................................................................................... 7) Czy pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny z tytułu opieki nad dzieckiem:

a) **TAK** – do dnia ..........................................................................................................................................................

b) **NIE**

8) Dziecko **może / nie może\*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należ załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

*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 ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIA PRAWDY.**

Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących mojej osoby, utrwalanie ich oraz przetwarzanie zgodnie z celem określonym w złożonym wniosku, na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2018 r. poz. 1000, a także Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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 (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych RODO).

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. inne dokumenty, podać jakie: ………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

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

**podpis przedstawiciela ustawowego**

**\* niepotrzebne skreślić**