Nr sprawy: PZOON.8321.2 …………………. 201……..

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W SZCZECINIE
(dla osób poniżej 16 roku życia)**

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć X):

**[ ]  1. o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla osób, które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności**

**[ ]  2. o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dla osób które posiadają orzeczenie
o niepełnosprawności z określoną datą ważności**

**[ ]  3. o wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia, dla osób posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia**

[ ]  **4**. **o wydanie orzeczenia dla osób posiadających orzeczenie wydane do dnia 30.06.2014 r., które składają wniosek
w celu ustalenia znacznie ograniczonej możliwości samodzielnego poruszania się, tj. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym ( j.t. Dz.U. z 2012r. poz. 1137 z późn.zm.).**

W przypadku zaznaczenia pkt 4, do wniosku należy dołączyć stosowne oświadczenie.

**DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię/imiona i nazwisko dziecka :............................................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia dziecka: .............................................................................. PESEL : ……………….....................................

Dokument potwierdzający tożsamość dziecka …………………....................................., telefon opiekuna: ........................................

Imię/imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka: ……………………………………………………………………………….

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały: .......................................................................................................................................

Adres pobytu dziecka (art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych - Dz.U. z 2011r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm): .............................................................................................................

Adres do korespondencji: …………………….........................................................................................................................................

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, w celu:** (właściwe zaznaczyć X )

[ ]  1. Zasiłek pielęgnacyjny,

[ ]  2. Świadczenie pielęgnacyjne,

[ ]  3. Inne, jakie …………………………………………………………………………………………………………………………………,

 **oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:**

[ ]  4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie,

[ ]  5. 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,

[ ]  6. Spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. *Prawo o ruchu drogowym*
(Dz.U. z 2012r. poz.1137 z późn. zm.),

[ ]  7. Prawo do zamieszkania w oddzielnym pokoju,

[ ]  8. Inne ...........................................................................................................................................................................................

**GŁÓWNY CEL WNIOSKU** (tylko jeden pkt) **nr:** ………......

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna: stan rodziny (odpowiednie zaznaczyć X i uzupełnić)

[ ]  pełna, liczba dzieci w rodzinie ……………………………

[ ]  niepełna, liczba dzieci w rodzinie ………………………..

1. Występujące ograniczenia dziecka w zdolności do wykonywania codziennych czynności związanej z samodzielną

egzystencją: …………………………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Zakres koniecznej opieki lub pomocy innych osób, odpowiednio do wieku dziecka: ……………………………………………….

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

**Oświadczam, że:**

* 1. Składałem/ nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności. Jeżeli tak, to kiedy….............................r., z jakim skutkiem ...........................................................................................................................................................................................
	2. 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 nierokującej poprawy choroby.
	3. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w mojej sprawie** *(art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Dz.U. z 2013r. poz. 267z późn. zm.)*
	4. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy** *(art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny, Dz.U. z 1997r. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.).*
	5. **Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu****w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów** (art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny, *Dz.U. z 1997r. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.).*

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

 Data i podpis przedstawiciela ustawowego

 \* niepotrzebne skreślić

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę),**
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności **(dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),**
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. - **przyjmujemy wyłącznie kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność
z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia,
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeżeli takie były).