

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

PIERWSZORAZOWY POWTÓRNY W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA*

Nr akt : Nr sprawy:

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL dziecka.....leg. szkolnej/aktu urodzenia

Adres zamieszkania dziecka

Adres pobytu dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr telefonu:

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kaliszu

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- karty parkingowej,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- inne (wymienić jakie)

Oświadczam, że :

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny do
2. dziecko pobiera / pobierało świadczenie pielęgnacyjne do
3. dziecko uczęszcza do : przedszkola, szkoły ogólnodostępnej / specjalnej *
4. dziecko objęte jest nauczaniem indywidualnym / specjalnym *
5. składano / nie składano* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności,
kiedy.....z jakim skutkiem
6. dziecko może /nie może * przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie poświadczające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
7. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, 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.
8. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu zamieszkania lub miejsca pobytu.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* właściwe zaznaczyć

Do wniosku należy dołączyć:

- 1.zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, (ważne przez 30 dni od daty wystawienia).
- 2.posiadaną dokumentację medyczną w oryginale lub w kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem