 ...........................................dnia ................r.

**PCPR.PZO.70.ON……………../…………..……**

 (miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
 Orzekania o Niepełnosprawności
 w Tarnowie
 33-100 Tarnów, ul. Urszulańska 19**

 Miejsce na adnotacje urzędowe

# **Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.)

Wniosek składam:

 **Po raz pierwszy**

 **W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia**

 (wniosek o kolejne orzeczenie można złożyć najwcześniej 30 dni przed upływem ważności poprzedniego
 orzeczenia, na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia
 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

 **W związku ze zmianą stanu zdrowia**

 (na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca

 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

**Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):**

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

Data urodzenia ...................................... miejsce urodzenia ..........................................

Numer PESEL obywatelstwo ................................

Adres zameldowania…....................................................................................................

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania) ..................................

 ................................................................................................................................. Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania) ..............................................

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

 **Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego ...................................................................

Data urodzenia ............................................... miejsce urodzenia..................................

Numer PESEL obywatelstwo ...................................

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

Adres zameldowania ..................................................................................................... Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania) .............................................

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

Numer telefonu

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

**Wniosek składam dla celów:**

 uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego

 uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego

 korzystania z ulg i uprawnień na podstawie
 odrębnych przepisów

 korzystania z karty parkingowej

Cel główny:………………………………………………….........

Dziecko nie uczęszcza/ uczęszcza\* do placówki oświatowej (np. żłobek, przedszkole, szkoła, jakiej?): ..........................................................................................................

Oświadczenia:

1. **W imieniu dziecka** **nie składano**/ **składano**\* wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu ............................ r.

**Dziecko nie posiada/ posiada\*** orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu ……………………………………………..r., ważne do dnia……………………………………………r.

1. **Dziecko** **może**/ **nie może**\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
2. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
3. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

6. W razie stwierdzonejprzez 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.

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. kopie posiadanej dokumentacji medycznej wraz oryginałem do wglądu, bądź kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem, tj. karty informacyjne, wyniki badań specjalistycznych, konsultacji, aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki opisowe badań: RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne.

 **………………………………………………………………**podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Miejscowość...............................

 Data ...........................................

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

**wydane dla potrzeb**

**Zespołu do Spraw Orzekania**

**o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko dziecka ....................................................................................................................

Data urodzenia dziecka .....................................................................................................................

Nr PESEL dziecka .............................................................................................................................

Adres zamieszkania ..........................................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

7. dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności TAK/NIE\*

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

 pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie

**Uwaga: Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni od daty jego wydania do momentu złożenia go wraz z wnioskiem w powiatowym zespole.**

\*niepotrzebne skreślić