

# Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Numer sprawy:.....

## Uwaga :

wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić dużymi drukowanymi literami!

Mysłowice, dnia .....

### **Dane wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

PESEL dziecka ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres miejsca zameldowania (stały, czasowy\*).....

.....

Adres miejsca pobytu (korespondencyjny z kodem pocztowym) .....

.....

### **Dane przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... PESEL ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres miejsca zameldowania (stały, czasowy\*) .....

Adres miejsca pobytu (korespondencyjny z kodem pocztowym) .....

.....

Nr tel. ....

***Do Miejskiego Zespołu ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności w Mysłowicach***

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o pierwszorazowe/ponowne\* wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:**

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- zasiłku stałego,
- inne .....

### **Oświadczam, że:**

1. dziecko pobiera/pobierało zasiłek pielęgnacyjny do .....
2. składano/ nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy .....
- z jakim skutkiem .....

3. 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 choroby).
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.

**Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

1. Dziecko jest leżące/ porusza się: samodzielnie/o kulach/na wózku inwalidzkim/ z pomocą drugiej osoby\*;
2. Przyjmuje pokarmy samodzielnie/jest karmione przez drugą osobę/wymaga stosowania specjalnej diety\*(jakiej?).....
3. Rodzaj ograniczenia innych czynności ( np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia .....
5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia/tygodnia/miesiąca\* .....
6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu/ poza domem, w tygodniu/ w miesiącu\* .....

**Sytuacja społeczna dziecka:**

1. Dziecko uczęszcza/nie uczęszcza\*, do przedszkola: specjalnego/integracyjnego/ogólnodostępnego\*
2. Dziecko uczęszcza do szkoły : specjalnej/integracyjnej/ogólnodostępnej\*, samodzielnie/niesamodzielnie\*,
3. Korzysta/nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej/stołówki szkolnej\*

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza prowadzącego.
2. Kserokopię dokumentu tożsamości.
3. Dokumentację medyczną:

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

**\* niepotrzebne skreślić**

.....  
**podpis przedstawiciela  
ustawowego dziecka**