Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

PCPR-ZO-8321/ /

1. **Dane dziecka**

Imię: /___/___/___/___/___/___/___/___/____/____/____/____/____/____/____/

Nazwisko : /___/___/___/___/___/___/___/___/____/___/____/____/____/____/____/

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....
.
PESEL /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Adres zamieszkania ……..……

Adres zameldowania ……..……

2. **Dane przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic, opiekun prawny)**

Imię: /___/___/___/___/___/___/___/___/____/____/____/____/____/____/____/

Nazwisko: /___/___/___/___/___/___/___/___/____/___/____/____/____/____/____/

PESEL /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Dowód osobisty : seria /___/___/____/ nr /___/___/___/___/___/___/

Adres zameldowania / pobytu ……..……

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu kontaktowego ……..…..……

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Komeńskiego 40 82-300 Elbląg
lub osobiście w pokoju 15
tel. (0-55) 233-62-82

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

- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- Korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- Innych (wymienić jakich) ……..

Oświadczenia :

1. dziecko uczęszcza do: żłobek / przedszkole / szkoła
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności dziecka:

   numer orzeczenia ……ważne do ……
3. dziecko przybędzie z opiekunem / dziecko nie może przybyć na badanie przedmiotowe

---

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

…….
podpis przedstawiciela ustawowego
albo opiekuna prawnego

UWAGA DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- **ORYGINAŁ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO (WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA)**
- **KSEROKOPIĘ POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
- **KSEROKOPIĘ AKTUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZONĄ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM**

POTWIERDZENIE MUSI ZAWIERAĆ:

- **CZYTELNY PODPIS LUB PARAFKĘ Z PIECZĄTKĄ IMIENNĄ OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ**
- **PIECZĄTKĘ NAGŁÓWKOWĄ INSTYTUCJI POTWIERDZAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ**
- **DATĘ POTWIERDZENIA**