

**WNIOSEK  
O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
(dla osób poniżej 16 roku życia)**

Numer sprawy PZOON .....

Lębork, dnia .....

**Do  
Powiatowego Zespołu  
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Lęborku**

**Wnoszę** (zaznaczyć **X** we właściwych kratkach):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności - dla osób, które <u>nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności</u> | <input type="checkbox"/> o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności – dla osób, które <u>posiadają orzeczenie o niepełnosprawności z określoną datą ważności</u> | <input type="checkbox"/> o wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia - dla osób <u>posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia</u> |
|---|---|--|

**I. DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ - DZIECKA:**

**Nazwisko:** ..... **Imię (imiona):** .....

**PESEL** lub informacja o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Data urodzenia:** ..... **Miejsce urodzenia:** .....

**Numer i seria dokumentu tożsamości:** .....  
dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:  
 dowód osobisty,  paszport,  prawo jazdy,  
 odpis skrócony aktu urodzenia,  inne (jakie?)

**Obywatelstwo:**  polskie  inne (jakie?)<sup>1</sup>: .....

**bez stałego zameldowania**

**adres zameldowania** **mięscowość:** .....  
**miejsce stałego pobytu** **ulica, nr domu, lokalu:** .....  
w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności: **kod pocztowy:** .....

**lub adres pobytu** **mięscowość:** .....  
(wypełnić jeżeli inny niż **ulica, nr domu, lokalu:** .....  
adres zameldowania): **kod pocztowy:** .....

**Telefon kontaktowy opiekuna:** ..... **e-mail:** .....

**II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO LUB KURATORA.**

*W przypadku opiekuna lub kuratora należy dołączyć stosowne orzeczenie sądu:*

**Imię (imiona) i nazwisko:** .....

**PESEL** lub informacja o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i nr dokumentu tożsamości: .....

**Data urodzenia:** ..... **Miejsce urodzenia:** .....

**Obywatelstwo:**  polskie  inne (jakie?): .....

**Adres zamieszkania** **mięscowość:** .....  
**lub pobytu:** **ulica, nr domu, lokalu:** .....  
(wypełnić jeśli jest **kod pocztowy:** .....  
inny niż dziecka)

**Adres korespondencji:** **mięscowość:** .....  
(wypełnić jeżeli inny niż **ulica, nr domu, lokalu:** .....  
adres zameldowania **lub pobytu**) **kod pocztowy:** .....

<sup>1</sup> W przypadku przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej legalnie w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium Ukrainy – w załączeniu należy przedłożyć oświadczenie

**III. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia** (zaznaczyć X we właściwych kratkach):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego                                     | oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:  |
| <input type="checkbox"/> 2. uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego                                 | <input type="checkbox"/> 7. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie, |
| <input type="checkbox"/> 3. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju                                    | <input type="checkbox"/> 8. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się                             |
| <input type="checkbox"/> 4. uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze                  | korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez   |
| <input type="checkbox"/> 5. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów | sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki  |
| <input type="checkbox"/> 6. inny (wymienić jaki?):<br>.....                                       |  |

**Cel podstawowy (wpisać jeden z ww. punktów):** .....

**IV. UZASADNIENIE WNIOSKU** (zaznaczyć X we właściwych kratkach):

1. Dziecko uczęszcza do:  
**przedszkola**  TAK  NIE **żłobka**  TAK  NIE  
 ogólnodostępnego  integracyjnego  specjalnego  
w wymiarze ..... godzin  dziennie  tygodniowo  inne jakie? .....
2. Dziecko uczęszcza **do szkoły**  TAK  NIE  
 szkoły ogólnodostępnej  szkoły integracyjnej  szkoły specjalnej  klasy integracyjnej  
w wymiarze ..... godzin  dziennie  tygodniowo  inne jakie? .....
- samodzielnie**  **niesamodzielnie**
3. Dziecko korzysta z **nauczania indywidualnego**  TAK  NIE  
w wymiarze ..... godzin  dziennie  tygodniowo  inne jakie? .....
4. Dziecko korzysta ze: **świetlicy szkolnej**  TAK  NIE **stołówki szkolnej**  TAK  NIE

**V. OŚWIADCZAM, że:** (\*wypełnić lub zaznaczyć X we właściwych kratkach)

1.  **składałem/am /**  **nie składałem/am wcześniej wniosku o wydanie orzeczenia** – jeżeli TAK, należy wpisać:  
kiedy: ....., z jakim skutkiem: .....
2.  **dziecko może** lub  **dziecko nie może** przybyć na posiedzenie sądu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby)
3.  **jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia – Przewodniczący PZOON wzywa do jej uzupełnienia z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania
4.  **zostałem pouczony o treści art. 41 § 1 Kpa**, tj.: w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego oraz jestem świadomy, że w razie zaniebdania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny
5.  **dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. Wszelka złożona dokumentacja w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 przywołanej ustawy.**

**VI. ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI I PIELĘGNACJI DZIECKA** – w załączeniu niniejszego wniosku

**Podpis przedstawiciela ustawowego:** .....

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć wraz z wnioskiem:**

1. **ORYGINAŁ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności (dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
2. **KSEROKOPIE WSZELKIEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ i INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** - potwierdzającej i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opis zdjęć RTG, EKG, opinie, orzeczenia.

## ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI I PIELEGNACJI DZIECKA

### DANE DZIECKA:

Nazwisko: .....

Imię  
(imiona): .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub informacja o obywatelstwie w przypadku  
cudzoziemca nieposiadającego PESEL

---

#### 1. Dziecko (zaznaczyć **X** we właściwych kratkach):

- a) jest leżące  TAK  NIE  
b) porusza się samodzielnie  TAK  NIE  
c) porusza się o kulach  TAK  NIE  
d) porusza się na wózku inwalidzkim  TAK  NIE  
e) porusza się z pomocą drugiej osoby  TAK  NIE

Dodatkowe informacje: .....  
.....

#### 2. Dziecko przyjmuje pokarmy:

- a) samodzielnie  TAK  NIE  
b) jest karmione przez drugą osobę  TAK  NIE  
c) wymaga stosowania diety (jakiej)  TAK  NIE

Dodatkowe informacje: .....  
.....

#### 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:

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

Podpis przedstawiciela ustawowego: .....