

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA DZIECKA
DO 16 ROKU ŻYCIA**

Nr sprawy: **PZ.8420**.....

.....
(miejscowość i data)

DANE DZIECKA:

Nazwisko i imię (imiona):

PESEL: Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości: Rodzaj dokumentu tożsamości:

Adres zameldowania dziecka:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:

Nazwisko i imię (imiona):

PESEL: Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości: Rodzaj dokumentu tożsamości:

Adres zameldowania:

Adres pobytu:

Nr telefonu:

Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
16-400 Suwałki, ul. Mickiewicza 3, Nr tel. 87 563 21 80**

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

a) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, b) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego, c) inne (jakie ?)

Oświadczam, że:

1. składałem/am / nie składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności dziecka **ważne do:**
2. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
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 poprawy choroby**),
4. dziecko uczęszcza do: **żłobka / przedszkola; ogólnodostępnego, integracyjnego, specjalnego / szkoły; ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej, / ośrodka szkolno – wychowawczego / indywidualne nauczanie**
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
6. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
7. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka, opublikowaną na stronie internetowej Urzędu Miasta Suwałki www.um.suwalki.pl, MOPR Suwałki www.mops.suwalki.pl oraz dostępną w siedzibie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

Do oryginału wniosku załączam:

- **oryginał zaświadczenia lekarskiego** o stanie zdrowia dziecka wydanego przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko **nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,**
- **oraz kserokopie i oryginały (do wglądu, przy składaniu wniosku) innej posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka** m. in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarskie, opisy badań, konsultacje, opinie psychologiczne, orzeczenia poradni psychologiczno - pedagogicznych itp.)

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka