

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O STOPNIU  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU

Nr sprawy.....

Miejscowość i data.....

**Wniosek  
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

**Do:  
Powiatowego Zespołu ds Orzekania  
o Stopniu Niepełnosprawności  
ul. Armii Krajowej 70  
82 – 200 Malbork**

**Dane dotyczące dziecka:**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....

Pesel.....Obywatelstwo.....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, D.O. Lub inny wpisać jaki).....

Adres zamieszkania .....Kod pocztowy.....

**Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego dziecka:**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....

Pesel.....Obywatelstwo.....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, D.O. Lub inny wpisać jaki).....

Adres zamieszkania .....Kod pocztowy.....

Nr telefonu.....

**Cel złożenia wniosku:**

- zasiłek pielęgnacyjny
- świadczenia pielęgnacyjne
- korzystanie z uprawnień na podstawie art.8 ustawy z dnia 20.06.1997r. prawo o ruchu drogowym (Dz.U.z 2005 r. Nr 108, poz. 908)
- zamieszkanie w oddzielnym pokoju
- uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne (podać jakie).....

**Dziecko uczęszcza:**

- żłobek
- przedszkole ogólnodostępne
- przedszkole integracyjne
- przedszkole specjalne
- szkoła ogólnodostępna
- szkoła ogólnodostępna z internatem
- szkoła integracyjna
- oddział integracyjny
- szkoła specjalna
- oddział specjalny
- szkoła specjalna z internatem
- ośrodek szkolno - wychowawczy

**Czy dziecko:**

1. jest/było zaliczone do osób niepełnosprawnych tak/nie\*
2. jeżeli było zaliczone to od kiedy ma lub miało ważne orzeczenie.....
3. czy składano odwołanie jeżeli tak to kiedy?.....

Oświadczam że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy

W przypadku posiadania wcześniejszych orzeczeń o zaliczeniu lub nie zaliczeniu dziecka do osób niepełnosprawnych proszę o dołączenie kserokopii przedmiotowego orzeczenia do niniejszego wniosku.

\* niewłaściwe skreślić

.....  
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**  
wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....  
Data urodzenia .....  
Adres zamieszkania .....  
Numer i seria dowodu osobistego .....  
PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (rozpoznania prosimy pisać w języku polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja :

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

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

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

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

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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)