

.....  
miejscowość i data

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

**WNIOSEK  
w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności**

**Wniosek składam** (zaznaczyć krzyżykiem **tylko** jedno z poniższych):

- ☐ po raz pierwszy,
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**) - § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2015 r., poz. 1110),
- ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia - § 15 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2015 r., poz. 1110),
- ☐ składałem/am wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka – niezaliczenie do osób niepełnosprawnych,
- ☐ w celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się - weryfikacja wskazania do karty parkingowej – **dotyczy orzeczeń wydanych przed 01.07.2014 r. (konieczne oświadczenie).**

**Dane osobowe dziecka:**

Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię (pierwsze)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię (drugie)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport, ☐ legitymacja szkolna, ☐ odpis skrócony aktu urodzenia

Adres zameldowania dziecka:

☐ bez stałego adresu zameldowania,

....., .....  
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

....., .....  
kod pocztowy poczta gmina

Adres pobytu dziecka (wypełnić, jeśli inny niż adres stałego zameldowania):

....., .....  
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

....., .....  
kod pocztowy poczta

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego:**

Nazwisko	<input type="text"/>
Imię (pierwsze)	<input type="text"/>
Imię (drugie)	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

.....	.....
<i>miejsowość</i>	<i>ulica, numer domu, numer lokalu</i>
.....	.....
<i>kod pocztowy</i>	<i>pocztą</i>
.....	<i>gmina</i>

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

.....	.....
<i>miejsowość</i>	<i>ulica, numer domu, numer lokalu</i>
.....	.....
<i>kod pocztowy</i>	<i>pocztą</i>
.....	<i>numer telefonu</i>

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

<input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny,	<input type="checkbox"/> uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego
<input type="checkbox"/> świadczenie pielęgnacyjne,	w dodatkowym wymiarze,
<input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,	<input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....
<input type="checkbox"/> korzystanie z karty parkingowej,	.....
cel podstawowy(określić jeden z powyższych): .....	

**Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:**

Dziecko uczęszcza do:

<input type="checkbox"/> żłobka,	<input type="checkbox"/> szkoły integracyjnej,
<input type="checkbox"/> przedszkola ogólnodostępnego,	<input type="checkbox"/> oddziału integracyjnego,
<input type="checkbox"/> przedszkola integracyjnego,	<input type="checkbox"/> szkoły specjalnej,
<input type="checkbox"/> przedszkola specjalnego,	<input type="checkbox"/> oddziału specjalnego,
<input type="checkbox"/> szkoły ogólnodostępnej,	<input type="checkbox"/> szkoły specjalnej z internatem,
<input type="checkbox"/> szkoły ogólnodostępnej z internatem,	<input type="checkbox"/> ośrodka szkolno-wychowawczego.

### Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dziecko **posiada/nie posiada\*** orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....

data wydania: .....

wynik komisji: .....

2. Dziecko **pobiera/nie pobiera/pobierało\*** zasiłek pielęgnacyjny do dnia .....

3. **Składano/nie składano\*** uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy? .....  
z jakim skutkiem? .....

4. Oświadczam, że dziecko **może/nie może\*** przybyć na badanie przedmiotowe. **Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.**

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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**

**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2018 poz. 2096)**

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.

§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2018 poz. 1600)**

§ 1. 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.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2018 poz. 1600)**

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\* niewłaściwe skreślić

## Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności przez .....

.....  
stwierdzenie własnoręcznego podpisu  
przez pracownika socjalnego

.....  
podpis przedstawiciela  
ustawowego dziecka

---

### UWAGA:

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**.
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **(dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**.
- ✓ Kserokopie **(poświadczone za zgodność z oryginałem)** wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność dziecka i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/