| ADNOTACJE URZĘDOWE |
|---|
| |

# Wniosek
## o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
**(dotyczy osób do 16 roku życia)**

Nr sprawy: /

*Uwaga!* ***Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie,*** *pismem drukowanym, dużymi literami.*

## DANE OSOBOWE DZIECKA:

| | |
|---|---|
| **NAZWISKO** | |
| **IMIĘ 1** | |
| **IMIĘ 2** | |
| **PESEL** | |
| **PŁEĆ** | M / K *Odpowiednio zaznaczyć* |
| **DATA URODZENIA** | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok |
| **MIEJSCE URODZENIA** | |
| **OBYWATELSTWO** | |
| **SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI** | |
| **RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI** | 1. *dowód osobisty*<br>2. *paszport*<br>3. *legitymacja szkolna*<br>4. *odpis skrócony aktu urodzenia* |

## ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:

| | |
|---|---|
| **MIEJSCOWOŚĆ** | |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** | |
| **KOD POCZTOWY** | - |
| **POCZTA** | |

## ADRES POBYTU DZIECKA *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)*

| | |
|---|---|
| **MIEJSCOWOŚĆ** | |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** | |
| **KOD POCZTOWY** | - |
| **POCZTA** | |

## DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

| | |
|---|---|
| **NAZWISKO** | |
| **IMIĘ 1** | |
| **IMIĘ 2** | |
| **PESEL** | |
| **PŁEĆ** | M / K *Odpowiednio zaznaczyć* |
| **DATA URODZENIA** | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok |
| **MIEJSCE URODZENIA** | |
| **OBYWATELSTWO** | |
| **SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI** | |
| **RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI** | 1. *dowód osobisty*<br>2. *paszport*<br>3. *prawo jazdy* |

## ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

*UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

| | |
|---|---|
| **MIEJSCOWOŚĆ** | |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** | |
| **KOD POCZTOWY** | - |
| **POCZTA** | |
| **NR TELEFONU KONTAKTOWEGO** | |

## ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

*Zaznaczyć X*

| | |
|---|---|
| | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| | Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego |
| | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym - *Karta parkingowa* |
| | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| | Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |

*Inne - wymienić jakich:*

## DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

*Zaznaczyć X*

| | | |
|---|---|---|
| **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* | |

## OŚWIADCZENIA:

| | |
|---|---|
| **CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?** *Zaznaczyć X jeżeli było/jest* | |
| **CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?** *Zaznaczyć X jeżeli było* | |

| | |
|---|---|
| Pierwszy wniosek | |
| Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia | |
| Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia zgodnie z §15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności Dz.U. 2021 r. poz. 857 tj.)** | |

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ ŻE JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY (zgodnie z art. 233 ustawy z dn. 06.06.1997 r. Kodeks karny)**

....., dnia .....

.....
(czytelny podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego)

**INFORMACJE DODATKOWE**

**Do wniosku obowiązkowo należy dołączyć:**

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego na obowiązującym formularzu **wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku,**
2. kopię **AKTUALNEJ** dokumentacji medycznej (**przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez lekarza lub placówkę służby zdrowia albo kopię + oryginał do wglądu przy składaniu wniosku celem poświadczenia za zgodność z oryginałem**),
3. kopię (oryginał do wglądu) wydanego wcześniej przez inny Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności orzeczenia o niepełnosprawności,
4. kopię (oryginał do wglądu) postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, pełnomocnictwa notarialnego do dokonywania czynności w imieniu osoby zainteresowanej
5. **kopię odpisu aktu urodzenia dziecka oraz, jeśli dziecko posiada, kopię legitymacji szkolnej.**

**W dniu składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument tożsamości przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, lub pełnomocnika (w przypadku jego ustanowienia) oraz dokument tożsamości dziecka, jeśli posiada, czyli dowód osobisty lub paszport.**

Wniosek składa się do Zespołu ze względu na właściwość miejscową ustalaną według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych. Właściwość miejscową Zespołu orzekającego ustala się według miejsca pobytu w przypadku osób:

- bezdomnych,
- przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
- przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
- przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

## Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(wpisuje petent - ułożyć według daty sporządzenia)

**Nie przyjmujemy oryginałów** – wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.

| L.p. | Nazwa dokumentu medycznego | Data sporządzenia |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**WSZELKA DOKUMENTACJA ZŁOŻONA W POSTĘPOWANIU W SPRAWIE USTALENIA STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI JEST AUTENTYCZNA I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA PRZESTĘPSTWA PRZECIWKO WIARYGODNOŚCI DOKUMENTÓW (zgodnie z art. 270 ustawy z dn. 06.06.1997 r. Kodeks karny)**

**Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).**

Administratorem podanych przeze mnie danych osobowych jest **Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Skierniewicach al. Niepodległości 4, 96-100 Skierniewice**.
Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy pod adresem iod@bodo24.pl.
Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Skierniewicach zadań określonych przepisami ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 poz. 573)
Dane osobowe zawarte w poniższym formularzu będą przetwarzane zgodnie z zapisami zawartymi w dokumencie Polityka prywatności.
Szczegółowe informacje o przysługujących prawach i zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych można znaleźć w Klauzuli informacyjnej na stronie bip.moprskierniewice.pl lub znajduje się ona do wglądu w siedzibie Zespołu.

..... (podpis pracownika MZOON przyjmującego oświadczenie)

..... (data i podpis osoby składającej oświadczenie)