

WNIOSEK
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

PZON.8321.2. 20.....

Sokółka, dnia

Imię (imiona) i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka: wiek:

Miejsce urodzenia dziecka:

PESEL dziecka:

Adres stałego zameldowania dziecka (kod pocztowy):
.....

Adres do korespondencji (kod pocztowy):
.....

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego:
.....

PESEL przedstawiciela ustawowego:

Seria i nr dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego:

Telefon przedstawiciela ustawowego:

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Piłsudskiego 8
16-100 Sokółka**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów: **(właściwe podkreślić)**

1. zasiłku pielęgnacyjnego,
2. świadczenia pielęgnacyjnego,
3. innych (podać jakich)

Oświadczam, że:

1. Składano / nie składano wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do szkoły / klasy „O”.
3. Dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność udziału dziecka w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).
4. W razie stwierdzonej przez Zespół konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy(a) wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. 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 KPA).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia **wydane nie wcześniej niż na 3 m-ce** przed złożeniem wniosku.
2. Posiadaną dokumentację medyczną, aktualne wyniki badań diagnostycznych potwierdzające rozpoznanie choroby, **obowiązkowo w dniu składania wniosku.**

.....
/czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/