WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy: ZOON-I-40110/dz-……
(wypełnia PZOON)

Nr kolejny…….....

DANE OSOBOWE DZIECKA:
Imię pierwsze dziecka……..……..Imię drugie dziecka……
Nazwisko dziecka …….
Data i mniejscer urodzenia…….……Nr PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości dziecka ……..……
Adres zameldowania dziecka ……..…….…….
Adres pobytu dziecka (wypełnić, gdy jest inny niż adres zameld.)……

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:
Imię pierwsze ……..……..Imię drugie ……..……
Nazwisko ……..…….
Data i mniejscer urodzenia…….……Nr PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości …….……..……
Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego ……..…….……
Telefony kontaktowe ……

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:
1) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
3) korzystania z karty parkingowej,
4) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
5) uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
6) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
7) innych (wymienić jakich) ……
Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-7) …….

Dziecko uczęszcza do żłobka/przedszkola/szkoły* (nazwa i miejsce, klasa)
……....

Czy dziecko było/jest* zaliczone do osób niepełnosprawnych?
Orzeczenie wydano do dnia ……..

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

W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka:
1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego wydane w ciągu 30 dni od daty wystawienia,
2. kserokopię(oryginały do wglądu)posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne wniosku,
3. odpis skrócony aktu urodzenia (kserokopia),
4. kserokopię posiadanych orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez PZOON

…….
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW
ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
ul. Hurtowa 1, 62-510 Konin
tel. 63 243 03 09, fax: 63 242 13 10