

**Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności osoby,  
która nie ukończyła 16 roku życia**

Nr sprawy .....  
.....  
miejsowość i data

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności  
w Starogardzie Gdańskim, ul. Mickiewicza 9  
tel. (58) 56-129-40**

**Wniosek składam:**

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię/ imiona oraz nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Nr PESEL dziecka .....

Nr dokumentu tożsamości dziecka .....

Adres zamieszkania dziecka .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania).....

.....

Adres do korespondencji.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr PESEL i miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania).....

.....

Adres do korespondencji.....

Seria i nr dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr telefonu kontaktowego .....Adres e-mail.....

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

- zasiłku pielęgnacyjnego\*,
- świadczenia pielęgnacyjnego (zasiłek stały)\*,
- inne (podać jakie) .....

**Oświadczam, że:**

1. dziecko nie pobiera/pobiera/pobierało\* zasiłek pielęgnacyjny, od kiedy .....do.....
2. składano/nie składano\* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
gdy składano to kiedy? .....  
z jakim skutkiem? .....
3. dziecko może/nie może\* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć  
zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z  
powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. dziecko uczęszcza do: żłobka tak\*/nie\* przedszkola tak\*/nie\*  
jeżeli tak: ogólnodostępne\* - integracyjne\* - specjalne\* - inne .....
5. Nauka w szkole tak\*/nie\*  
jeżeli tak: ogólnodostępne\* - integracyjne\* - specjalne\* - nauczanie indywidualne\* - w internacie\*  
w wymiarze .....
6. w razie stwierdzonej przez Zespół Orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań,  
konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie  
o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem  
świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, należy złożyć w ciągu 30 dni  
od daty wystawienia.**
8. **Do wniosku należy załączyć kserokopię dokumentacji medycznej dziecka.**

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

(\* właściwe podkreślić)

.....  
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

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

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby).

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Zastosowane leczenie, rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny.  
Ewentualne potrzeby w tym zakresie.

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

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie