



KOD POCZTOWY				-																
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

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

*X* **Zaznaczyć**

<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Z 2005 R., Nr 108, poz. 908) <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich:

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:**

*Zaznaczyć X*

<b>DZIECKO UCZĘSZCZA:</b>	<i>żłobek</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole ogólnodostępne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole integracyjne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>przedszkole specjalne</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła ogólnodostępna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła ogólnodostępna z internatem</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła integracyjna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oddział integracyjny</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła specjalna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>oddział specjalny</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>szkoła specjalna z internatem</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>ośrodek szkolno-wychowawczy</i>	<input type="checkbox"/>

**OŚWIADCZENIA:**

<b>CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?</b>	<input type="checkbox"/>
<i>było/jest</i>	<i>Zaznaczyć X jeżeli</i>
<b>CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?</b>	<input type="checkbox"/>
	<i>Zaznaczyć X jeżeli było</i>

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

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

.....  
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

**INFORMACJE DODATKOWE:**

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- 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.*

5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.