

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEN KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY			-																	
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

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

<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

DZIECKO UCZĘSZCZA:	<input type="checkbox"/>	<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>

OŚWIADCZENIA:

CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?	<i>Zaznaczyć X jeżeli było/jest</i>
CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?	<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.

Zostałem/am zapoznany/a z treścią klauzuli informacyjnej w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 str. 1).

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