

Nr sprawy .....  
(nadaje Zespół)

Miejscowość .....  
Data .....

## WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wypełniać drukowanymi literami!

### Dane osobowe dziecka:

IMIĘ ..... NAZWISKO .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....  
dzień - miesiąc - rok

Numer PESEL .....

Nr i rodzaj dokumentu tożsamości dziecka (akt urodzenia\*, legitymacja szkolna\*, paszport\*)

Adres zameldowania dziecka.....

Adres pobytu .....  
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

### Dane osobowe przedstawiciela ustawowego dziecka /rodzic, rodzina zastępcza, placówka opiekuńcza/\*:

IMIĘ ..... NAZWISKO .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....  
dzień - miesiąc - rok

Numer PESEL .....

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego.....

Adres pobytu (korespondencji).....

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – podać jaki)

Telefon kontaktowy .....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności w Bydgoszczy  
ul. Toruńska 272, 85-831 Bydgoszcz**

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej,
- innych, wymienić jakich.....

**Najważniejszy cel złożenia wniosku proszę podkreślić!**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Przedstawiciel ustawy **pobiera / pobierał\*** na dziecko **zasilek pielęgnacyjny**

2. **Składano / nie składano\*** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:

kiedy(dokładna data)....., z jakim skutkiem.....

nr sprawy....., ważne do .....

3. Dziecko **może/ nie może\*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

4. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza\* do przedszkola / szkoły ogólnodostępnego(ej), integracyjnego(ej), specjalnego(ej) w wymiarze ..... godzin dziennie/tygodniowo\*

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Wniosek niniejszy składam z powodu **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia \***.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z **Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.** w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

.....  
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

.....  
data i podpis osoby zainteresowanej

**UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- **Kserokopie wszelkiej dokumentacji mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności potwierdzone za zgodność przez organ wydający dany dokument**, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie (w przypadku ich braku wnioskodawca **zobowiązany jest zostawić oryginały dokumentacji**),
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).