



**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                    | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego                | <input type="checkbox"/> Inne (wymenić jakie): .....                                 |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze | .....  |

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

• **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porusza się samodzielnie         | <input type="checkbox"/> Porusza się z pomocą drugiej osoby |
| <input type="checkbox"/> Porusza się o kulach             | <input type="checkbox"/> Jest leżące                        |
| <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku inwalidzkim |   |

• **Dziecko przyjmuje pokarmy:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie  | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez drugą osobę |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): ..... | .....  |

• **Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)**

.....  
.....

• **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....  
.....

• **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu  dnia  tygodnia**

miesiąca\*\* .....

• **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

nie       tak, jakiego: .....

• **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnego | <input type="checkbox"/> Integracyjnego |
| <input type="checkbox"/> Specjalnego      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy    |

• **Dziecko uczęszcza do szkoły:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnej | <input type="checkbox"/> Integracyjnej |
| <input type="checkbox"/> Specjalnej      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |

\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

## Oświadczam, że:

- 1)\*\*  Dziecko **nie posiada** /  Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane  
w dniu..... r., ważne do dnia .....
- 2)\*\*  Dziecko **może**/  Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego  
**Jeżeli nie** - należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  
w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby
- 3)\*\*  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym  
w sprawie ustalenia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzonej przez powiatowy zespół konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji  
specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia  
wydane przez lekarza, **jestem świadomy ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia  
postępowania w sprawie**  
**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2021, poz. 735 ze zm.)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej  
zmianie swego adresu, w tym adresu elektronicznego.  
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności  
karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**  
**Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2020, poz. 1444 ze zm.) § 1.** Kto, składając zeznanie mające służyć za  
dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę,  
podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.  
§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu  
samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego  
o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest  
autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności  
dokumentów**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2020, poz. 1444 ze zm.)**  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie,  
karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo  
takiego dokumentu używa.

\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

---

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

- ✓ Oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ Kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).