

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawno ci

Nr sprawy Olsztyn, dnia

Imi i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Miejsce stałego zameldowania dziecka

Miejsce czasowego zameldowania dziecka

Imi i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Miejsce stałego zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr telefonu Adres do korespondencji

Do Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawno ci w Olsztynie

Zwracam si z uprzejm pro b o wydanie orzeczenia o niepełnosprawno ci dla celów:

- zasiłku piel gnacyjnego,
- inne (jakie?)

O wiadczam, e:

1. dziecko pobiera*/ pobierało* zasiłek piel gnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawno ci kiedy z jakim skutkiem
3. dziecko mo e* / nie mo e* przyby na badanie przedmiotowe (je eli nie, to nale y zał czy za wiadczenie lekarskie potwierdzaj ce niemo no wzi cia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokuj cej poprawy choroby),
4. w razie stwierdzonej przez zespół orzekaj cy konieczno ci wykonania bada dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniaj cych zło one za wiadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie b d cego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem wiadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

O wiadczam, e dane zawarte we wniosku s zgodne ze stanem faktycznym i jestem wiadomy/a odpowiedzialno ci za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku zał czam posiadane dokumentacj medyczn dotycz c stanu zdrowia dziecka.

*niepotrzebne skre li

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Imi i nazwisko:

Adres:

O wiadczam, e wyra am zgod na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawno ci w Olsztynie, ul. Prosta 23A zgodnie z ustaw z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr. 101 poz 926 z pó . zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawno ci, które przekazuj dobrowolnie zastrzegaj c prawo dost pu, sprawdzania i poprawiania.

.....
(miejscowo i data)

.....
(podpis)