

## **Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

(dotyczy osób, które nie ukończyły 16 roku życia)

### **Instrukcja wypełniania w 3 krokach**

1. WYPEŁNIAJ WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznaczaj X
3. Wypełniaj kolorem niebieskim

Nr sprawy : ZO.8421.2. ....

### **Wniosek składam:** (właściwe zaznaczyć znakiem X)

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą stanu zdrowia

### **Dane dziecka**

Imię pierwsze.....  
Imię drugie.....  
Nazwisko.....  
Data urodzenia.....  
Miejsce urodzenia.....  
Numer PESEL.....  
Nr aktu urodzenia.....  
Nr legitymacji szkolnej.....  
Nr i seria dowodu osobistego.....  
Adres zameldowania.....  
Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)  
.....

### **Dane osobowe przedstawiciela ustawowego**

Imię pierwsze.....  
Imię drugie.....  
Nazwisko.....  
Data urodzenia.....  
Miejsce urodzenia.....  
Numer PESEL.....  
Nr i seria dowodu osobistego.....  
Adres zameldowania.....  
Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)  
.....  
Adres do korespondencji.....  
Telefony kontaktowe.....

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

(właściwie zaznaczyć znakiem X)

1.  uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2.  uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
3.  zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4.  uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5.  korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
6.  innych (wymienić jakich).....

Celem podstawowym jest (wybrać jeden cel od punktów 1 do 6).....

1. Oświadczam, że: (właściwie zaznaczyć znakiem X)

nie składałem (am)

składałem (am)

uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności:

data wydania orzeczenia .....

nazwa zespołu .....

nr akt.....

nie zaliczono  zaliczono

orzeczenie jest ważne do dnia.....

2. dziecko  może  nie może (właściwie zaznaczyć znakiem X) przybyć na posiedzenie składu orzekającego

3. dziecko nie uczęszcza  uczęszcza do: (właściwie zaznaczyć znakiem X)

żłobka (nazwa i miejsce) .....

przedszkola (nazwa i miejsce).....

szkoły (nazwa i miejsce, klasa).....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1444, ze zm.) – „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”.

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (oryginał), wydane przez lekarza leczącego wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. Inną istotną dokumentację medyczną np. wypisy ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, inne dokumenty-**oryginały i kserokopie**.
3. Orzeczenie, Opinia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej o zakwalifikowaniu do nauczania specjalnego, indywidualnego -**oryginał i kserokopia**.
4. Kserokopię ostatniego orzeczenia o niepełnosprawności.

.....  
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

## **Klauzula informacyjna**

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) informujemy, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodnicząca Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie (62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 17),
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – andrzej.andrzejewski-iod@konin.um.gov.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie - na podstawie Art. 6 ust.1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na podstawie Art. 9 ust.1, ust.2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r oraz Art. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 573, ze zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 573, ze zm.) jest obligatoryjne.

---

**data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego**

## Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie  
(ważne 30 dni od daty wydania)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu) .....

PESEL.....

### 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 2. Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu).....**

.....

**8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)..... Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data).....**

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **TAK/NIE\***

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności? **TAK/NIE\***

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? **\*\*TAK/NIE\***

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

\*\*dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie