

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

(właściwe 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: (właściwe 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** (właściwe zaznaczyć znakiem X) przybyć na posiedzenie składu orzekającego

3. dziecko ☐ **nie uczęszcza** ☐ **uczęszcza** do: (właściwe 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 2025 r., poz. 383, 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 3 miesiące 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 2024 r. poz. 44, 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 2024 r. poz. 44, ze zm.) jest obligatoryjne.

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego