



**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:**

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r., Nr 108, poz. 908) <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
Inne – wymienić jakich:	
<b>CEL PODSTAWOWY:</b> (jeden z wyżej wymienionych)	

**INFORMACJA**

**DOTYCZĄCA ZAKRESU OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM**

**ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ**

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

Dziecko jest leżące:	<input type="checkbox"/>	<i>TAK</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>NIE</i>
Porusza się	<input type="checkbox"/>	<i>samodzielnie</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>o kulach</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>na wózku inwalidzkim</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>z pomocą drugiej osoby</i>
Przyjmuje pokarm	<input type="checkbox"/>	<i>samodzielnie</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>jest karmione przez inną osobę</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>wymaga stosowania specjalnej diety</i>
	<input type="checkbox"/>	<b>JAKIEJ</b>

**RODZAJ OGRANICZENIA INNYCH CZYNNOŚCI**

Mycie się	<input type="checkbox"/>	<i>samodzielnie</i> <i>z pomocą</i>
Ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<i>samodzielnie</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>z pomocą</i>
Załatwianie czynności fizjologicznych	<input type="checkbox"/>	<i>samodzielnie</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>z pomocą</i>
Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia		
Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu tygodnia / miesiąca*		
Częstotliwość wizyt lekarskich w domu / poza domem* w tygodniu / miesiącu*		

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:**

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

Dziecko uczęszcza	<input type="checkbox"/>	żłobek
	<input type="checkbox"/>	przedszkole ogólnodostępne
	<input type="checkbox"/>	przedszkole integracyjne
	<input type="checkbox"/>	przedszkole specjalne
	<input type="checkbox"/>	szkoła ogólnodostępna
	<input type="checkbox"/>	szkoła ogólnodostępna z internatem
	<input type="checkbox"/>	szkoła integracyjna
	<input type="checkbox"/>	szkoła specjalna
	<input type="checkbox"/>	szkoła specjalna z internatem
<input type="checkbox"/>	ośrodek szkolno - wychowawczy	

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Dziecko pobiera następujące świadczenie rodzinne	<input type="checkbox"/>	zasilek pielęgnacyjny	
	<input type="checkbox"/>	świadczenie pielęgnacyjne	
Na posiedzenie składu orzekającego dziecko przybędzie z opiekunem	<input type="checkbox"/>	TAK	
	<input type="checkbox"/>	NIE	Należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby
CZY SKŁADANO WNIOSEK	<input type="checkbox"/>	TAK	Z JAKIM SKUTKIEM
	<input type="checkbox"/>	NIE	

**UPRZEDZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ** wynikającej z art. 233 § 1 kk

„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” – oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym

**ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ** powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 kpa)

**WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2003 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) dla celów związanych z procesem orzecznictwem

Gliwice, dnia.....

.....  
(podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego)

## **INFORMACJE DODATKOWE:**

1. składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku należy załączyć **kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** :  
karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opinie psychologiczne, kartotekę poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności,
3. **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia ważne jest przez **30 dni** od daty wystawienia
4. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych
6. właściwość miejscową zespołu orzekającego o niepełnosprawności ustala się według **miejsca pobytu** tylko i wyłącznie w przypadku osób:
  - ⇒ *bezdomnych;*
  - ⇒ *przebywających poza miejscem stałego pobytu **ponad 2 miesiące** ze względów zdrowotnych lub rodzinnych*
  - ⇒ *przebywających w zakładach karnych i poprawczych*
  - ⇒ *przebywających w domach pomocy społecznej o ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej*

### **Godziny urzędowania zespołu**

<i>Poniedziałek-Środa</i>	<i>8<sup>00</sup> – 16<sup>00</sup></i>
<i>Czwartek</i>	<i>8<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup></i>
<i>Piątek</i>	<i>8<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup></i>

*Numery telefonów: (032) 230-26-90, (032) 232-99-10*