





.....  
.....

- **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**  
1. **w ciągu**  **dnia**  **tygodnia**  **miesiąca** **\*\*** (\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem) .....  
.....  
.....

- **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**  
 nie  tak,  
jakiego: .....  
.....

- **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:**  
 Ogólnodostępnego  Integracyjnego  
 Specjalnego  Nie dotyczy

- **Dziecko uczęszcza do szkoły:**  
 Ogólnodostępnej  Integracyjnej  
 Specjalnej  Nie dotyczy

\*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL  
\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

**Oświadczam, że:**

1)\*\*  Dziecko **nie posiada**  Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane  
w dniu....., ważne do dnia .....

2)\*\*  Dziecko **może**  Dziecko **nie może przybyć**  
**Jeśli nie może przybyć** - należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność  
wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej  
i nierokującej poprawy choroby

3)\*\*  Aktualnie **toczy się** w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym w sprawie ustalenia niepełnosprawności  Aktualnie **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 świadom(a-y) 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. z 2017r. , poz. 1257)**

§ 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 świadom(a-y) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**

**Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r. , poz. 1137)**

§ 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 8 lat. (...)

§ 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 świadom(a-y) odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**

**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny ( Dz.U. z 2016r. , poz. 1137)**

§ 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.

**\*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL**

**\*\* 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**),
- ✓ Dokumentację medyczną potwierdzającą niepełnosprawność i mogącą mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).