

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

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:	
CEL PODSTAWOWY: (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"/>	JAKIEJ

RODZAJ OGRANICZENIA INNYCH CZYNNOŚCI

Mycie się	<input type="checkbox"/>	<i>samodzielnie</i>
	<input type="checkbox"/>	<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

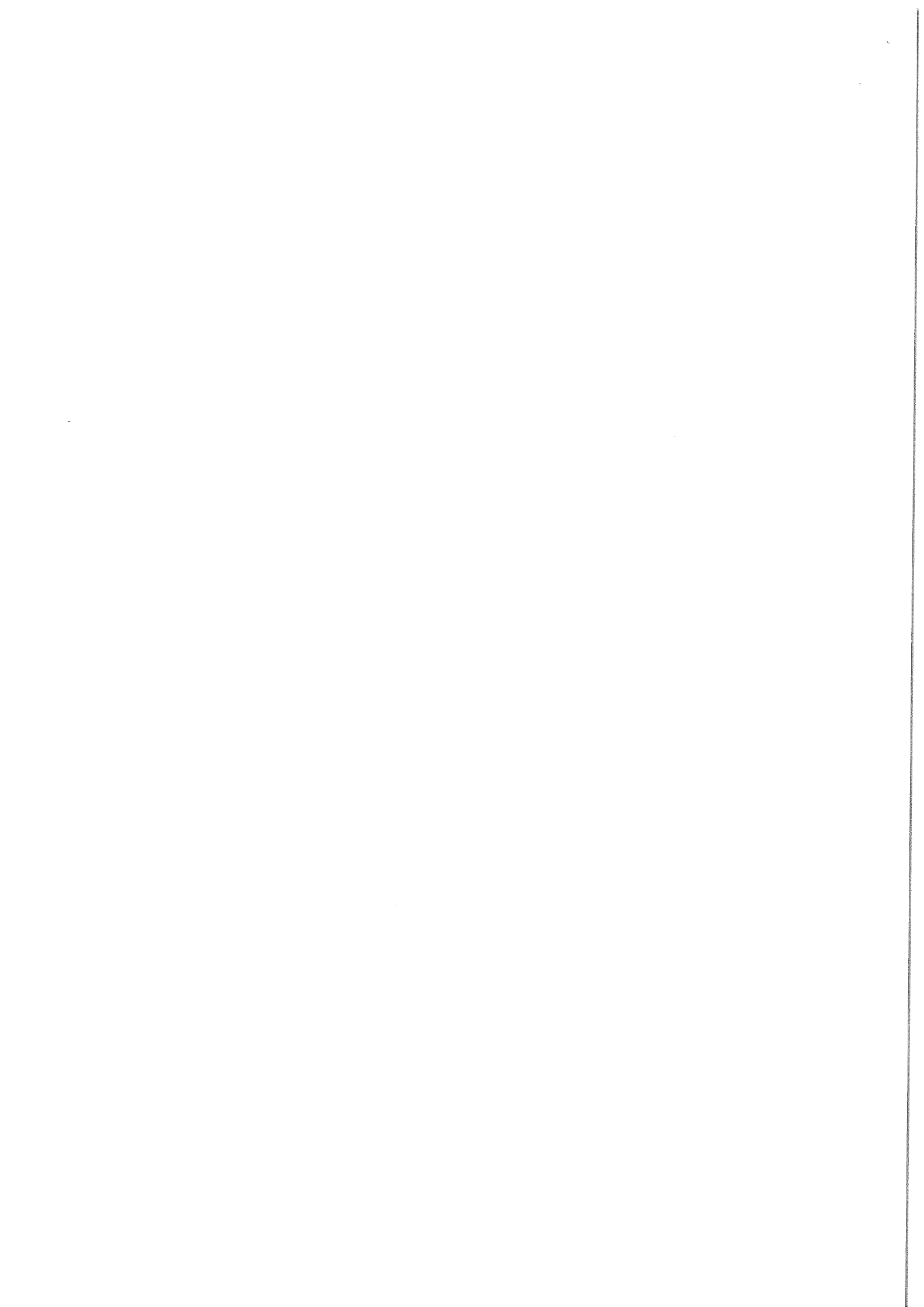
„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznał nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” – oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach o każdej zmianie swojego 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. 2002 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 (potwierdzonej za zgodność z oryginałem)** :
 - karty informacyjne
 - leczenia szpitalnego
 - wyniki badań diagnostycznych
 - opinie psychologiczne
 - kartotekę poradni prowadzącej
 - inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, w tym również kserokopię posiadanych orzeczeń ZUS, KRUS, MSWIA
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

Poniedziałek	8 ⁰⁰ – 16 ⁰⁰
Wtorek	8 ⁰⁰ – 16 ⁰⁰
Środa	8 ⁰⁰ – 16 ⁰⁰
Czwartek	8 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Piątek	8 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰

Numery telefonów: (032) 230-26-90, (032) 232-99-10
44-100 Gliwice, ul. Bojkowska 20
www.mzon.gliwice.pl

Przyjmowanie dokumentów pokój nr 1 (parter)

