

6. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy;
7. wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów;
8. **wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego dziecka/ danych osobowych mojego podopiecznego* dla potrzeb niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej*, zgodnie z art.6 ust.1. lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

***właściwe zaznaczyć**

.....
czytelny podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego dziecka oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Ułożone chronologicznie **kserokopie, poświadczone za zgodność z oryginałem**, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności dziecka, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
- ✓ Kserokopie wszystkich poprzednich orzeczeń o niepełnosprawności.
- ✓ Kserokopię ważnego dokumentu tożsamości dziecka (legitymacji szkolnej, paszportu, dowodu osobistego lub skróconego aktu urodzenia z poświadczeniem nr PESEL).

miejsowość

data.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
wydane dla potrzeb
Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Białymstoku

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia, PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, potwierdzających w/w rozpoznanie:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), proponowane dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Aktualny stan zdrowia-wydolność układu/narządu:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i pomoce techniczne/ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innych dokumentów medycznych/potwierdzających opisane wyżej schorzenia, załączone do niniejszego zaświadczenia/:

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

8. Przewidywany okres trwania naruszenia sprawności organizmu dziecka wynosi ponad 12 miesięcy: *

TAK NIE

9. U dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia ** TAK NIE

* *właściwe skreślić*

** *dotyczy dzieci posiadających ważne orzeczenie*

.....
*pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*