ADNOTACJE URZĘDOWE

Wniosek
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy: /

Uwaga! ***Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie,*** *pismem drukowanym, dużymi literami*

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO	
IMIĘ 1	
IMIĘ 2	
PESEL	
PŁEĆ	M / K *Odpowiednio zaznaczyć*
DATA URODZENIA	Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
MIEJSCE URODZENIA	
OBYWATELSTWO	
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI	
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	***1. dowód osobisty*** ***2. paszport*** ***3. legitymacja szkolna (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)*** ***4. odpis skrócony aktu urodzenia (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)***

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA, NR DOMU, LOKALU	
KOD POCZTOWY	-
POCZTA	

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA, NR DOMU, LOKALU	
KOD POCZTOWY	-
POCZTA	
TELEFON KONTAKTOWY	

Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax):

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO *(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

NAZWISKO	
IMIĘ 1	
IMIĘ 2	
PESEL	
PŁEĆ	M / K *Odpowiednio zaznaczyć*
DATA URODZENIA	Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
MIEJSCE URODZENIA	
OBYWATELSTWO	
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI	
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	***1. dowód osobisty*** ***2. paszport***

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / *(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

MIEJSCOWOŚĆ																
ULICA, NR DOMU, LOKALU																
KOD POCZTOWY			-													
POCZTA																
TELEFON KONTAKTOWY																

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW: (*zaznaczyć X)*

	Odpowiedniego zatrudnienia
	Szkolenia
	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
	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) *Karta parkingowa*
	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (*jakich? wymienić np. korzystanie z rehabilitacji)*

DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ: *(zaznaczyć X)*

STAN CYWILNY:	*kawaler / panna*	
	żonaty / zamężna	
	separowany / separowana	
	wdowiec / wdowa	
	rozwiedziony / rozwiedziona	
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
PORUSZANIE SIĘ	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
WYKSZTAŁCENIE	*wyższe*	
	średnie	
	zasadnicze	
	podstawowe	
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	
ZAWÓD WYUCZONY		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		
ZAWÓD WYKONYWANY		

Czy Pan/Pani pobiera świadczenie z ubezpieczenia społecznego? (*zaznaczyć X)*	☐ *emerytura,* ☐ *renta rodzinna* ☐ *świadczenie rehabilitacyjne,* ☐ *renta z tytułu niezdolności do pracy* ☐ *renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy* ☐ *renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji,* ☐ *inne, jakie?*..... ……. …….

Czy ze względu na stan zdrowia może Pan/Pani przybyć na posiedzenie składu orzekającego? (*zaznaczyć X*) (***jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu <u>długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo</u>)***	**TAK**	**NIE**

Wniosek składam ze względu na: *zaznaczyć X*

Pierwszy wniosek	
Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	
Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	

Do wniosku <u>obowiązkowo</u> należy dołączyć:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. Kopię (potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez lekarza lub placówkę służby zdrowia) ***<u>aktualnej</u>*** dokumentacji medycznej lub kopię + oryginał do wglądu,
3. Kopię (oryginał do wglądu) wydanego wcześniej przez inny Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności lub inny organ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o grupie inwalidzkiej lub wyrok sądu,
4. Kopię (oryginał do wglądu) postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa notarialnego do dokonywania czynności w imieniu osoby zainteresowanej.
5. W dniu składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument tożsamości osoby zainteresowanej i przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika (w przypadku jego ustanowienia).
6. Jeśli Pan/Pani dołącza inne dokumenty prosimy podać jakie:
   ……...

Oświadczenia:

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1[i] ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks Karnym oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

....., dnia **……** **……**

(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub uprawnionej)

[i] *Art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające posłużyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.”*