

ADNOTACJE URZĘDOWE

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

Nr sprawy:

Uwaga! Wniosek zawiera 4 strony. Pola w rubrykach należy wypełniać czytelnie, dużymi literami

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO														
IMIĘ I														
IMIĘ II														
PESEL														
PŁEĆ	K	M												
DATA URODZENIA														Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
MIEJSCE URODZ.														
OBYWATELSTWO														
SERIA I NR DOK. TOŻ														
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. legitymacja szkolna 4. odpis skrócony aktu urodzenia 5. inny, jaki?... 													

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ													
ULICA, NR DOMU, LOKALU													
KOD POCZTOWY				-									
POCZTA													
NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO													

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													

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

NAZWISKO														
IMIĘ I														
IMIĘ II														
PESEL														
PŁEĆ	K	M												
DATA URODZENIA														Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
MIEJSCE URODZ.														
OBYWATELSTWO														
SERIA I NR DOK. TOŻ														
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. inny, jaki?... 													

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

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

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

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust.1 z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005r., Nr 108, poz. 908) - Karta parkingowa
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne – wymienić jakie: np.: korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:*Zaznaczyć X*

STAN CYWILNY:	<i>kawaler / panna</i>	
	<i>żonaty / zamężna</i>	
	<i>separowany / separowana</i>	
	<i>wdowiec / wdowa</i>	
	<i>rozwódziony / rozwiedziona</i>	
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH:	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
PORUSZANIE SIĘ:	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO:	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
WYKSZTAŁCENIE:	<i>wyższe</i>	
	<i>średnie</i>	
	<i>zasadnicze</i>	
	<i>podstawowe</i>	
	<i>podstawowe nieukończone i bez wykształcenia</i>	

ZAWÓD WYUCZONY:		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ:		
ZAWÓD WYKONYWANY:		

ZAOPATRZENIE W SPRZĘT POMOCNICZY LUB REHABILITACYJNY:

zbędne / wskazane* (jaki rodzaj sprzętu?).....
 (właściwie zakreślić)

OŚWIADCZENIA:

Zaznaczyć X

CZY POBIERA ŚWIADCZENIE Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ? *	TAK / NIE	
CZY POSIADA ORZECZENIE INNEGO ORGANU RENTOWEGO? *	ZUS / KRUS/ MWSiA	
* właściwie zakreślić		
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO:	<i>renta szkoleniowa</i>	
	<i>renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy</i>	
	<i>renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy</i>	
	<i>renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji</i>	
	<i>renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy</i>	
	<i>renta rolnicza szkoleniowa</i>	
	<i>wojskowa renta inwalidzka</i>	
	<i>policyjna renta inwalidzka</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I grupy</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II grupy</i>	
<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III grupy</i>		
CZY OSOBA POSIADA / NIE POSIADA ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI? (odpowiednie zakreślić)	<i>Jeśli była zaliczona:</i> <i>Do dnia:</i>	
Jeśli posiada: NR SPRAWY:	<i>Jeśli jest zaliczona:</i> <i>Do dnia:</i>	
CZY OSOBA MOŻE / NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO (odpowiednie zakreślić)		

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

W ZWIĄZKU Z OBOWIĄZUJĄCĄ USTAWĄ Z DNIA 29.08.97 R. (DZ.U. NR 133/97) O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH MOJEJ OSOBY.

....., dnia.....

.....
 podpis wnioskodawcy

.....
 podpis przedstawiciela ustawowego

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać wymieniony we wniosku **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej,
2. do wniosku należy dołączyć **obowiązkowo** zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu wydane przez lekarza, pod opieką którego znajduje się wnioskodawca, wydane nie dłużej niż na 30 dni przed dniem złożeniem wniosku;
3. do wniosku załącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (przyjmujemy wyłącznie kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności lub ksero potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np.: placówkę służby zdrowia lub pomoc społeczną),

UWAGA! WNIOSKI BEZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NIE BĘDĄ PRZYJĘTE!

4. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego** (kserokopię i oryginał do wglądu)
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
 - a. - bezdomnych
 - b. - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych
 - c. - przebywających w zakładach karnych lub poprawczych
 - d. - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
6. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

DOTYCZY WNIOSKÓW SKŁADANYCH ZA POŚREDNICTWEM INSTYTUCJI POMOCY SPOŁECZNEJ

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....
podpis pracownika socjalnego

.....
podpis wnioskodawcy lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA! Wniosek o **ponowne** wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności można złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia** (rozporządzenie z dnia 01.01.2010 r. - Dz. U. Nr 224, poz. 1803).