

## 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																													
<b>PESEL</b>																													
PLEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																									
DATA URODZENIA																										Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok	
MIEJSCE URODZENIA																													
OBYWATELSTWO																													
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																													
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)</li> </ol>																												

### 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 DORECZEŃ 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																													
PLEĆ	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. prawo jazdy
4. legitymacja szkolna
5. odpis skrócony aktu urodzenia

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

<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>																				
<b>ULICA, NR DOMU, LOKALU</b>																				
<b>KOD POCZTOWY</b>			-																	
<b>POCZTA</b>																				
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>																				

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

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczność 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. 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"/>	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 innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

*Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji*

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:***Zaznaczyć X*

<b>STAN CYWILNY:</b>	<i>kawaler / panna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>żonaty / zamężna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>separowany / separowana</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>wdowiec / wdowa</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>rozwidziony / rozwiedziona</i>	<input type="checkbox"/>
<b>WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH</b>	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
<b>PORUSZANIE SIĘ</b>	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
<b>PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<i>wyższe</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>średnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>zasadnicze</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>podstawowe</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego</i>	<input type="checkbox"/>

ZAWÓD WYUCZONY		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		
ZAWÓD WYKONYWANY		

### OŚWIADCZENIA:

*Zaznaczyć X*

<b>CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?</b>		
<b>NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO</b>	<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 gr</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr</i>	
	<b>CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?</b>	<i>była</i>
<i>jest</i>		

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) <i>może</i> PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO?	<i>Zaznaczyć X</i>
CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) <i>nie może</i> PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO?	<i>Zaznaczyć X</i>

Wniosek składam ze względu na:

*Zaznaczyć X*

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

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

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

.....  
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

### INFORMACJE DODATKOWE:

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
  - *bezdolnych,*
  - *przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,*
  - *przebywających w zakładach karnych i poprawczych,*
  - *przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.*
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

