

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																										
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																						
DATA URODZENIA														Wpisać cyframi: _____ dzień/miesiąc/rok												
MIEJSCE URODZENIA																										
OBYWATELSTWO																										
SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI																										
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. 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 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	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																						
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)

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"/>	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*

STAN CYWILNY:	<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>rozwódziona / rozwiedziona</i>	<input type="checkbox"/>
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
PORUSZANIE SIĘ	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
WYKSZTAŁCENIE	<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

CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?		
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO	renta szkoleniowa	
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji	
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	
	renta rolnicza szkoleniowa	
	wojskowa renta inwalidzka	
	policyjna renta inwalidzka	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr	
CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?	była	
	jest	

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

Wniosek składałam 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:
 - *bezdomych,*
 - *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.