# Wniosek

ADNOTACJE URZĘDOWE

**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** | ***dowód osobisty***  ***paszport***  ***prawo jazdy***  ***legitymacja szkolna***  ***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 kontak 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** | ***dowód osobisty***  ***paszport***  ***prawo jazdy***  ***legitymacja szkolna***  ***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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Odpowiedniego zatrudnienia |
|  | Szkolenia |
|  | Uczestnictwa w terapii zajęciowej |
|  | Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze |
|  | Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji |
|  | 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 |

#### Inne-wymienić jakich: 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** |  |  |

**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) *może* PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO? *Zaznaczyć X* |  |
| CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) *nie może*  PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO? *Zaznaczyć X* |  |

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:**

1. składając wniosek należy okazać ***dokument potwierdzający tożsamość*** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. 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),*
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć ***postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,***
4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
   * *bezdomnych,*
   * *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.*
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca** **stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.