

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>rozwódziony / rozwódziona</i>	<input type="checkbox"/>
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH	<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		<input type="checkbox"/>
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		<input type="checkbox"/>
ZAWÓD WYKONYWANY		<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIA:

Zaznaczyć X

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

Zaznaczyć X

Ze względu na stan zdrowia <u>JESTEM ZDOLNY/A DO ODBYCIA PODRÓŻY</u> celem stawienia się na posiedzenie składu orzekającego	
Ze względu na stan zdrowia <u>NIE JESTEM ZDOLNY/A DO ODBYCIA PODRÓŻY</u> celem stawienia się na posiedzenie składu orzekającego	

Wniosek składam:

Zaznaczyć X

Po raz pierwszy – nigdy nie byłem/am orzekany/a przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności	
Ze względu na pogorszenie stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia wydanego przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności	
Po raz kolejny po upływie ważności dotychczasowego orzeczenia wydanego przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności	

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:
 - *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*.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2012 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2015 r., poz. 338), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 1997 r., Nr. 88, poz. 553 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.

Adnotacje urzędowe: