

Nr sprawy

Adnotacje urzędowe

## **WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Wniosek składam (zaznaczyć znakiem X):

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ w związku ze zmianą w stanie zdrowia – orzeczenie nr .....
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia nr .....
- ☐ z innego powodu (jakiego?).....

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)

--	--	--

--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania (stały).....

Adres pobytu (powyżej 2 m-cy).....

Adres korespondencyjny.....

Numer telefonu kontaktowego.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest: dziecko w wieku 16-18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu):

Imię i Nazwisko:..... pokrewieństwo.....

Pesel: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr dowodu osobistego .....

Adres zameldowania/pobytu.....

Adres korespondencyjny.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żyrardowie**  
**96-300 Żyrardów, ul. Moniuszki 40, tel. 46 854-20-82**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

**CEL PODSTAWOWY:** wybrać jeden z poniżej wymienionych:.....

a także: dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | - odpowiedniego zatrudnienia  |
| <input type="checkbox"/> | - szkolenia   |
| <input type="checkbox"/> | - uczestnictwa w warsztatach 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 karty parkingowej   |
| <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"/> | - uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze                     |
| <input type="checkbox"/> | - korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wymienić jakich) |

.....

## Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: **stan cywilny:** kawaler / panna / żonaty / zamężna / wdowiec / wdowa / rozwodnik / rozwiedziona / separowany / separowana, **Stan rodzinny**( liczba osób w rodzinie) .....

### Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- |   |   |
|---|---|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych<br>( <i>mycie się, ubieranie, zjadanie posiłków</i> ) | samodzielnie / z pomocą / opieka ( właściwe zakreślić ) |
| - poruszanie się w środowisku   | samodzielnie / z pomocą / opieka ( właściwe zakreślić ) |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego<br>( <i>pranie, sprzątanie, gotowanie</i> )               | samodzielnie / z pomocą / opieka ( właściwe zakreślić ) |

## 2. Sytuacja zawodowa:

Wykształcenie: niepełne podstawowe / podstawowe / zasadnicze zawodowe / średnie / wyższe,

Zawód wyuczony..... Zawód wykonywany.....

Obecne zatrudnienie.....

## Oświadczam, że:

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego (renta, emerytura) – jeśli tak, to od kiedy?.....
2. Składałem(-am) / nie składałem (-am)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności - jeżeli tak, podać kiedy..... z jakim skutkiem..... nr sprawy.....
3. Mogę / nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeśli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby)
4. W razie stwierdzonej przez skład orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Oświadczam, że aktualnie toczy się/nie toczy się* postępowanie w mojej sprawie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim.....

## OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY(-A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w trybie określonym postanowieniami ustawy z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101 poz. 926 ze zm.)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego)

\* - niepotrzebne skreślić

### UWAGA!!! Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku
- poświadczoną przez przychodnię lekarską za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej aktualnego stanu zdrowia
- kserokopię poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (jeśli posiada)
- inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności