

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
(p r z y j m o w a n i e w n i o s k ó w n a 3 0 d n i p r z e d w y g a ś n i ę c i e m o r z e c z e n i a)
- ☐ 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 samodzielnie / z pomocą / opieka (właściwe zakreślić)
(mycie się, ubieranie, zjadanie posiłków)
- poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą / opieka (właściwe zakreślić)
- prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą / opieka (właściwe zakreślić)
(pranie, sprzątanie, gotowanie)

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 orzecznictwem, 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)

DLA WNIOSKÓW SKŁADANYCH ZA POŚREDNICTWEM INSTYTUCJI POMOCY SPOŁECZNEJ
Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....

.....
(miejscowość i data)

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

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

* - niepotrzebne skreślić