

**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																			
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć															
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 																		

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																			

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	<ol style="list-style-type: none"> 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:	kawaler / panna	<input type="checkbox"/>
	żonaty / zamężna	<input type="checkbox"/>
	separowany / separowana	<input type="checkbox"/>
	wdowiec / wdowa	<input type="checkbox"/>
	rozwódziona / rozwiedziony	<input type="checkbox"/>
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
	z pomocą	<input type="checkbox"/>
	opieka	<input type="checkbox"/>
PORUSZANIE SIĘ	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
	z pomocą	<input type="checkbox"/>
	opieka	<input type="checkbox"/>
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
	z pomocą	<input type="checkbox"/>
	opieka	<input type="checkbox"/>
WYKSZTAŁCENIE	wyższe	<input type="checkbox"/>
	średnie	<input type="checkbox"/>
	zasadnicze	<input type="checkbox"/>
	podstawowe	<input type="checkbox"/>
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	<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>	

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.