



.....dnia .....r.  
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego/Miejskiego  
Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności**

**W** .....

.....

Miejsce na adnotacje urzędowe

**Wniosek o wydanie orzeczenia  
o stopniu niepełnosprawności**

*na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.  
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.)*

**Wniosek składam:**

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia  
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.  
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia  
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.  
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL  obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości..... seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania) .....

.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

**Dane przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL  obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości..... seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

## **Wniosek składam dla celów:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                   |
| <input type="checkbox"/> szkolenia   | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej                                     | <input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                                  |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze           | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji          | <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej                                     |
| <input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów      |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego   | <input type="checkbox"/> inne (wymienić): .....  |
- .....

## **Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej**

**Stan cywilny:\***  wolny/a,  żonaty/mężatka,  wdowiec/wdowa,  inne .....

**Sytuacja rodzinna:\***  samotny,  posiada rodzinę/osoby bliskie: .....

**Warunki mieszkaniowe:** .....

**Liczba osób zamieszkujących razem:** .....

**Źródła dochodu:\***  wynagrodzenie,  na utrzymaniu rodziny,  pomoc społeczna,  zasiłek dla bezrobotnych,  emerytura/renta,  brak,  inne: .....

.....

### **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:\***

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:\***  nie  tak, jeśli tak, wymienić: .....

.....

### **Sytuacja zawodowa:**

- ✓ wykształcenie: .....
  - ✓ aktywność zawodowa: \*
    - aktywny zawodowo,  bezrobotny,  uczeń/student,  emeryt/rencista
  - ✓ staż pracy: .....
  - ✓ zawód aktualnie wykonywany: .....
  - ✓ doświadczenie zawodowe: .....
- .....
- .....
- .....
- .....

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

## **Oświadczenia:**

1.  **Nie pobieram/**  **Pobieram\*** następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:  emerytura,  renta rodzinna,  świadczenie rehabilitacyjne,  renta z tytułu niezdolności do pracy  inne (*jakie?*).....
2.  **Nie składałem/am/**  **Składałem/am\*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu..... r.  
 **Nie posiadam/**  **Posiadam\*** orzeczenie o..... stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia..... r.
3.  **Mogę/**  **Nie mogę\*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby*).
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że niezuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).
6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

## **Załączniki:**

1. Dokumentacja medyczna
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana
3. Kopie posiadanych orzeczeń
4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):

.....  
.....  
.....

Podpis osoby składającej wniosek<sup>1</sup>

.....

<sup>1</sup> podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego

\* **właściwie zaznaczyć krzyżykiem**