

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***
OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ KOLEJNY
SKŁADAJĄ WNIOSEK NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI
PRZED UPŁYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.

Należy złożyć: ul. Sienkiewicza 26, 63-600 Kępno

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

NAZWISKO																										
IMIĘ 1																										
IMIĘ 2																										
PESEL																										
PLEĆ	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																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

E-MAIL

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																										
PLEĆ	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 2017r., poz. 1260) <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 SYTUACJISPOŁECZNEJ 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>rozwiedziony / rozwiedziona</i>	<input type="checkbox"/>
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH	<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	renta szkoleniowa	
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji	
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	
	renta rolnicza szkoleniowa	
	wojskowa renta inwalidzka	
	policyjna renta inwalidzka	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr	
CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?	była	
	jest	

Zaznaczyć X

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

Zostałem/am zapoznany/a z treścią klauzuli informacyjnej w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 str. 1).

....., dnia

.....

(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. 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*),
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
4. 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.
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

Adnotacje urzędowe: