ADNOTACJE URZĘDOWE

# 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** | ***1. dowód osobisty*** <br> ***2. paszport*** <br> ***3. prawo jazdy*** <br> ***4. legitymacja szkolna*** <br> ***5. odpis skrócony aktu urodzenia( dotyczy osoby przed 7 rokiem życia)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MIEJSCOWOŚĆ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KOD POCZTOWY** | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POCZTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MIEJSCOWOŚĆ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KOD POCZTOWY** | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POCZTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 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** | ***1. dowód osobisty*** <br> ***2. paszport*** <br> ***3. prawo jazdy*** <br> ***4. legitymacja szkolna*** <br> ***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*

| *Cel podstawowy:* | *Pozostałe cele:* | |
|---|---|---|
| **(tylko jeden)** | | |
| | | Odpowiedniego zatrudnienia |
| | | Szkolenia |
| | | Uczestnictwa w terapii zajęciowej |
| | | Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze |
| | | Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji |
| | | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym - *Karta parkingowa* |
| | | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| | | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| | | Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| | | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| | | Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| | | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |

*Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji*

**DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:**

*Zaznaczyć X*

| | | |
|---|---|---|
| **STAN CYWILNY:** | *kawaler / panna* | |
| | *żonaty / zamężna* | |
| | *separowany / separowana* | |
| | *wdowiec / wdowa* | |
| | *rozwiedziony / rozwiedziona* | |
| **WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH** | *samodzielnie* | |
| | *z pomocą* | |
| | *opieka* | |
| **PORUSZANIE SIĘ** | *samodzielnie* | |
| | *z pomocą* | |
| | *opieka* | |
| **PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO** | *samodzielnie* | |
| | *z pomocą* | |
| | *opieka* | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | *wyższe* | |
| | *średnie* | |
| | *zasadnicze* | |
| | *podstawowe* | |
| | *podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego* | |
| **ZAWÓD WYUCZONY** | | |
| **CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?** | | |
| **ZAWÓD WYKONYWANY** | | |

***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* | |

**Inna forma powiadomienia: np. e-mail**

**Wniosek składam ze względu na:**

| | |
|---|---|
| | Pierwszy wniosek |
| | Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia |
| | Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności orzeczenia dotychczasowego |

**....., dnia .....** **.....**
**(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**

---

***Oświadczenie o miejscu pobytu stałego - wypełnić, w przypadku gdy osoba zainteresowana posiada dowód osobisty bez zamieszczonego w nim adresu zameldowania ( dowody osobiste wydawane po 1 marca 2015r.)***

….....
**(imię i nazwisko wnioskodawcy)[1]**

….....
**(nr PESEL)**

**OŚWIADCZENIE**
o miejscu pobytu
stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust.1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o *ewidencji ludności* (Dz. U. z 2022r. poz. 1191, z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek [2]jest:

….....
**(adres miejsca pobytu stałego)**

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

**….....** **….....**
**(miejscowość, data)** **( podpis)**

[1] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia
[2] Niepotrzebne skreślić

**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.