

A**WNIOSEK****o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)**

<i>adnotacje urzędowe:</i> data wpływu wniosku, podpis przyjmującego:	nr akt: MZOOM.4930..... nr wniosku:
--	--

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

nazwisko	
imię 1 / imię 2	
obywatelstwo / nr PESEL	
data, miejsce urodzenia	
rodzaj dokumentu tożsamości właściwy zaznaczyć	1/ dowód osobisty – osoby powyżej 18 r. ż. 2/ odpis skrócony aktu urodzenia + legitymacja szkolna - osoby przed 18 r.ż. albo 3/ Paszport
seria i nr dok. tożsamości	
adres zameldowania	<i>miejsowość, kod pocztowy:</i>
	<i>ul., nr domu, nr lokalu:</i>
adres pobytu, jeśli jest inny niż zameldowania	<i>miejsowość, kod pocztowy:</i>
	<i>ul., nr domu, nr lokalu:</i>
TELEFON KONTAKTOWY	

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

nazwisko	
imię 1 / imię 2	
obywatelstwo / nr PESEL	
data, miejsce urodzenia	
rodzaj dokumentu tożsamości właściwy zaznaczyć	1/ dowód osobisty - osoby powyżej 18 r. ż. 2/ odpis skrócony aktu urodzenia + legitymacja szkolna - osoby przed 18 r.ż. albo 3/ Paszport
seria i nr dok. tożsamości	
adres zameldowania	<i>miejsowość, kod pocztowy:</i>
	<i>ul., nr domu, nr lokalu:</i>
adres pobytu, jeśli jest inny niż zameldowania	<i>miejsowość, kod pocztowy:</i>
	<i>ul., nr domu, nr lokalu:</i>
TELEFON KONTAKTOWY	

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	po raz pierwszy
<input type="checkbox"/>	dla uzyskania kontynuacji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
<input type="checkbox"/>	zmianę ważnego orzeczenia w związku ze zmianą (pogorszeniem) stanu zdrowia
<input type="checkbox"/>	na podstawie posiadanego przeze mnie <u>ważnego orzeczenia innego organu orzeczniczego</u> – dla celów korzystania z ulgi uprawnień na podstawie odrębnych przepisów <i>(uwaga: od tych orzeczeń stronie nie przysługuje odwołanie)</i>

<i>X</i> <i>Zaznaczyć</i>	DLA CELÓW:
	Odpowiedniego zatrudnienia
	Szkolenia
	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
	Uzyskania karty parkingowej
	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
	<i>Inne – jakie, wymienić:</i>

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

STAN CYWILNY (<i>n/w zaznaczyć</i>): <i>kawaler - panna / żonaty - zamężna / separowany -a / wdowiec - a / rozwiedziony- a</i>								
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH	<i>Zaznaczyć X</i>	<table border="1"> <tr><td><i>samodzielnie</i></td><td></td></tr> <tr><td><i>z pomocą</i></td><td></td></tr> <tr><td><i>opieka</i></td><td></td></tr> </table>	<i>samodzielnie</i>		<i>z pomocą</i>		<i>opieka</i>	
	<i>samodzielnie</i>							
	<i>z pomocą</i>							
<i>opieka</i>								
PORUSZANIE SIĘ	<i>Zaznaczyć X</i>	<table border="1"> <tr><td><i>samodzielnie</i></td><td></td></tr> <tr><td><i>z pomocą</i></td><td></td></tr> <tr><td><i>opieka</i></td><td></td></tr> </table>	<i>samodzielnie</i>		<i>z pomocą</i>		<i>opieka</i>	
	<i>samodzielnie</i>							
	<i>z pomocą</i>							
<i>opieka</i>								
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	<i>Zaznaczyć X</i>	<table border="1"> <tr><td><i>samodzielnie</i></td><td></td></tr> <tr><td><i>z pomocą</i></td><td></td></tr> <tr><td><i>opieka</i></td><td></td></tr> </table>	<i>samodzielnie</i>		<i>z pomocą</i>		<i>opieka</i>	
	<i>samodzielnie</i>							
	<i>z pomocą</i>							
<i>opieka</i>								
WYKSZTAŁCENIE (<i>n/w zaznaczyć</i>): <i>wyższe / średnie / zasadnicze / podstawowe / podstawowe nieukończone / bez wykształcenia szkolnego</i>								
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ? <i>zaznaczyć TAK / NIE</i>	CZY AKTUALNIE UCZĘSZCZA DO SZKOŁY <i>zaznaczyć TAK / NIE</i>							
ZAWÓD WYUCZONY	<i>jakiej :</i> ZAWÓD WYKONYWANY :							

O Ś W I A D C Z E N I A :

POSIADAM WAŻNE ORZECZENIE ORGANÓW RENTOWYCH	TAK / NIE
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO (<u>określić oraz załączyć kopie orzeczeń</u>):	
CZY OSOBA SKŁADAŁA WNIOSEK O USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ? <u>jeżeli tak, załączyć kopie orzeczeń</u>	TAK / NIE
MOGĘ SAMODZIELNIE PRZYBYĆ NA BADANIE PRZEZ ZESPÓŁ	TAK / NIE

- 1/ Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz jestem świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- 2/ Do czasu wydania orzeczenia zobowiązuję się zawiadamiać Zespół o zmianach dot. w/w danych, w tym miejsca aktualnego pobytu.

Dnia

.....
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej lub przedstawiciela)

U W A G A - INFORMACJE DODATKOWE:

Niezbędne jest dołączenie do wniosku aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia (na formularzu Zespołu) oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej schorzenia i innych dokumentów mogących mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, dat powstania oraz wskazań – np. karty szpitalne, wyniki badań (przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku).