

<b>WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> (od 16-go roku życia)		
<i>Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Elku ul. Kilińskiego 36 tel. 87 621-64-85</i>	Nr sprawy. ZO- E- 8211.	.SN.20.....
L. Dz.	Data wpływu	Podpis pracownika

nazwisko i imię .....

data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

nr PESEL    /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/                      telefon kontaktowy .....

dokument stwierdzający tożsamość .....

(nr dowodu osobistego  / nr paszportu  / nr legitymacji szkolnej )\*

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

adres do korespondencji .....

**część dotyczy wniosku osoby, która nie ukończyła 18- go roku życia lub jest ubezwłasnowolniona prawnie (należy dołączyć postanowienie sądu)**

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / PRAWNEGO**

nazwisko i imię .....

**Nr PESEL**    /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/                      tel. kontaktowy.....

dokument stwierdzający tożsamość .....

(nr dowodu osobistego  / nr paszportu  / nr legitymacji szkolnej )\*

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

adres do korespondencji .....

**Wnioskuje o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

po raz pierwszy \* / po raz wtórny \* / z powodu zmiany stanu zdrowia \*

(Wtórny wniosek składa się nie wcześniej niż 30 dni przed ukończeniem ważności poprzedniego orzeczenia)

**dla celów (właściwe zaznaczyć) :**

- 1)  odpowiedniego zatrudnienia,
- 2)  szkolenia,
- 3)  zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- 4)  uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- 5)  konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze,
- 6)  korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- 7)  korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy dnia z 20.06.1997 -  
Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.) – tzw. karta parkingowa,
- 8)  korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- 9)  uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 10)  uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- 11)  zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 12)  korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- 13)  innych (wymienić jakich) .....

**Celem podstawowym jest punkt numer (.....)**

### Oświadczenia:

#### stan cywilny\*

kawaler <input type="checkbox"/> / panna <input type="checkbox"/>	zamężna <input type="checkbox"/> / żonaty <input type="checkbox"/>	wdowiec <input type="checkbox"/> / wdowa <input type="checkbox"/>
separowany <input type="checkbox"/> / separowana <input type="checkbox"/>	rozwidziony <input type="checkbox"/> / rozwiedziona <input type="checkbox"/>	

#### zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie *	z pomocą*	opieka*
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### sytuacja zawodowo-edukacyjna :

obecnie jestem zatrudniony/a: <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> *
zawód wykonywany .....
Wykształcenie: <b>niepełne podstawowe</b> <input type="checkbox"/> / <b>podstawowe</b> <input type="checkbox"/> / <b>zawodowe</b> <input type="checkbox"/> / <b>średnie</b> <input type="checkbox"/> / <b>wyższe</b> <input type="checkbox"/> *
zawód wyuczony .....
obecnie kontynuuje naukę <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> *
typ szkoły .....

Czy posiada Pan(i) prawo jazdy? **TAK**  / **NIE** \* **kat.** ..... aktywny kierowca? **TAK**  / **NIE** \*

Oświadczam, że pobieram świadczenia pieniężne: **ZUS**  / **KRUS** \* **emerytura**  / **renta** \*

(w przypadku pobierania renty należy załączyć wypis z treści orzeczenia ZUS / KRUS)

Czy korzysta Pan/i z systemu pomocy społecznej? **TAK**  / **NIE** \*

(rodzaj pomocy) .....

Czy składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?: **TAK**  / **NIE** \*

Nr sprawy ZO-E-8211. ....SN.20..... sprawa z dnia .....

#### UWAGA !

- ▶ Wniosek składa się wraz z aktualnym zaświadczeniem lekarskim wydanym na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - ważne 30 dni od daty wystawienia.
- ▶ Należy załączyć kserokopie **aktualnej** dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu.)  
(tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno-psychologiczne )
- ▶ W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego uwzględniając obecny stan zdrowia

**TAK** /  **NIE** /  **TAK z pomocą osoby towarzyszącej**

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego  
(czytelny)

odpowiednie zaznaczyć \*