

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

nazwisko i imię

data urodzenia..... miejsce urodzenia

Nr PESEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ tel. 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

data urodzenia miejsce urodzenia

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 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 – 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: TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> *
<small>zawód wykonywany</small>
Wykształcenie: niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / zawodowe <input type="checkbox"/> / średnie <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/> *
<small>zawód wyuczony</small>
obecnie kontynuuję naukę TAK <input type="checkbox"/> / NIE <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: .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 i 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 *