

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA  
O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEN**

<p align="center"><b>WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEN</b></p>		
Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Elku ul. Kilińskiego 36 tel. 87 621-64-85	Nr sprawy:	.U.20.....
L. Dz.	Data wpływu	Podpis pracownika

nazwisko i imię .....

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

PESEL /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ dokument stwierdzający tożsamość .....  
(nr dowodu osobistego  / nr paszportu  / nr legitymacji szkolnej )\*

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

adres do korespondencji .....

tel. kontaktowy ..... adres email: .....

część dotyczy wniosku osoby która, jest ubezwłasnowolniona prawnie (należy dołączyć postanowienie sądu)

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / PRAWNEGO**

nazwisko i imię .....

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

PESEL /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ dokument stwierdzający tożsamość .....  
(nr dowodu osobistego  / nr paszportu  / nr legitymacji szkolnej )\*

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

adres do korespondencji .....

tel. kontaktowy ..... adres email: .....

**Wnioskuję o wydanie orzeczenia o WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEN**

**Na podstawie orzeczenia wydanego przez:**

**X** *Zaznaczyć*

<input type="checkbox"/>	<i>Lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wydane przed 01.01.1998 r.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Komisję lekarską wojskową wydane przed 01.01.1998 r.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Komisję podległą MSWiA wydane przed 01.01.1998 r.</i>

Wydane w dniu (data)

\*

ważne do (data)

\*

na stałe

**X** *Zaznaczyć*

<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji</i>
<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy</i>
<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy</i>
<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej</i>
<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidzkiej</i>
<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidzkiej</i>
<input type="checkbox"/>	<i>orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym</i>

**uwaga (należy załączyć kserokopię 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 zawodowa - edukacyjna :**

obecnie jestem zatrudniony/a: <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> *
<b>Zawód wykonywany</b> .....
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"/> *
<b>Zawód wyuczony</b> .....
obecnie kontynuuję naukę <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> / <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> *
typ szkoły .....

**UWAGA !**

- ▶ **Należy załączyć kserokopie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz 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 dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym**

*Od wydanego orzeczenia o wskazach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

odpowiednie zaznaczyć \*

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