......................, .................

*(Miejscowość i data)*

.......................................

*(Imię i nazwisko wnioskodawcy)*

........................................

.......................................

*(Adres zamieszkania wnioskodawcy)*

…………….............................[[1]](#footnote-1)

...........................................

...........................................

...........................................

**WNIOSEK**

**o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

1. **Wniosek składany:**

po raz pierwszy/powtórnie/ ze względu na zmianę stanu zdrowia[[2]](#footnote-2)

1. **Wnioskodawca:**

rodzic/ opiekun prawny / osoba, której dotyczy wniosek.[[3]](#footnote-3)

1. **Dane wnioskodawcy[[4]](#footnote-4):**
2. imię i nazwisko: ...........................................................................................................
3. PESEL: ..........................................................................................................................
4. adres zameldowania: .....................................................................................................
5. adres zamieszkania: .....................................................................................................
6. adres do korespondencji[[5]](#footnote-5): ………………………………………………………………………………………..
7. telefon: .........................................................................................................................
8. adres e-mail: .................................................................................................................
9. **Dane dziecka/osoby, której dotyczy wniosek[[6]](#footnote-6):**
10. imię i nazwisko: .............................................................................................................
11. data i miejsce urodzenia: ..............................................................................................
12. PESEL: ............................................................................................................................
13. adres zameldowania: .....................................................................................................
14. adres zamieszkania: .....................................................................................................
15. adres do korespondencji[[7]](#footnote-7): ………………………………………………………………………………………..
16. telefon[[8]](#footnote-8): .........................................................................................................................
17. adres e-mail[[9]](#footnote-9): .................................................................................................................
18. **Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów[[10]](#footnote-10):**
* odpowiednie zatrudnienie,
* szkolenie,
* uczestnictwo w terapii zajęciowej,
* konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
* świadczenia pieniężne z pomocy społecznej,
* świadczenie pielęgnacyjne,
* zasiłek pielęgnacyjny,
* korzystanie z karty parkingowej,
* inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie**

1. sytuacja społeczna:

 a) stan cywilny …….............................................................................................................

 b) stan rodzinny ..................................................................................................................

 c) zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

 samodzielnie z pomocą konieczna opieka

wykonywanie czynności samoobsługowych x x x

poruszanie się w środowisku x x x

prowadzenie gospodarstwa domowego x x x

 d) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: ……………………………………..………………………...

 …………………………………………………………………………………………..…………………………………….

2. sytuacja zawodowa:

wykształcenie.............................................................................................................................

zawód wyuczony........................................................................................................................

obecne zatrudnienie (zawód wykonywany)...............................................................................

3. Oświadczam, że:

1. osoba, której dotyczy wniosek pobiera / nie pobiera[[11]](#footnote-11) :

a) świadczenia z ubezpieczenia społecznego:

- emerytura

 - renta ZUS/ KRUS[[12]](#footnote-12) z tytułu…………………………………................………………..……

 - inne……………………………………………………………………………………..……................

 od kiedy ...............................................................................................................................

b) zasiłek pielęgnacyjny

 od kiedy ...............................................................................................................................

b) świadczenie pielęgnacyjne

 od kiedy ...............................................................................................................................

2. aktualnie toczy się / nie toczy się[[13]](#footnote-13) postępowanie dotyczące orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wobec tej samej osoby przed innym organem orzeczniczym, jeśli tak to jakim .................................................................................................................................

3. składano / nie składano[[14]](#footnote-14) uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeśli tak, to kiedy .......................................................................................

 z jakim skutkiem.....................................................................................................................

4. osoba, której dotyczy wniosek może / nie może[[15]](#footnote-15) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego

5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

6. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k.p.a.) o każdej zmianie adresu lub miejsca pobytu.

*Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 Kodeksu karnego).*

................................

*(podpis wnioskodawcy)*

**Załączniki:**

1. Zaświadczenie lekarskie;
2. Dokumentacja medyczna
3. ............................
1. Należy podać nazwę i adres powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, właściwego ze względu na miejsce stałego pobytu wnioskodawcy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wypełnić jeśli wniosek składany jest przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego. [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania. [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania. [↑](#footnote-ref-7)
8. Należy wypełnić, gdy wniosek nie dotyczy dziecka. [↑](#footnote-ref-8)
9. Należy wypełnić, gdy wniosek nie dotyczy dziecka. [↑](#footnote-ref-9)
10. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-10)
11. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-11)
12. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-12)
13. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-13)
14. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-14)
15. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-15)