ADNOTACJE URZĘDOWE

Wniosek
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy:

Uwaga! ***Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie,*** *pismem drukowanym, dużymi literami*

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																			
IMIĘ 1																			
IMIĘ 2																			
PESEL																			
PŁEĆ	M	/	K	*Odpowiednio zaznaczyć*															
DATA URODZENIA									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok										
MIEJSCE URODZENIA																			
OBYWATELSTWO																			
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																			
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	***1. dowód osobisty*** ***2. paszport*** ***3. prawo jazdy*** ***4. legitymacja szkolna*** ***5. odpis skrócony aktu urodzenia (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)***																		

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																			
ULICA, NR DOMU, LOKALU																			
KOD POCZTOWY			-																
POCZTA																			
TELEFON KONTAKTOWY																			

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

MIEJSCOWOŚĆ																			
ULICA, NR DOMU, LOKALU																			
KOD POCZTOWY			-																
POCZTA																			

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

NAZWISKO																			
IMIĘ 1																			
IMIĘ 2																			
PESEL																			
PŁEĆ	M	/	K	*Odpowiednio zaznaczyć*															
DATA URODZENIA									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok										
MIEJSCE URODZENIA																			
OBYWATELSTWO																			
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																			
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	***1. dowód osobisty*** ***2. paszport*** ***3. prawo jazdy*** ***4. legitymacja szkolna*** ***5. odpis skrócony aktu urodzenia***																		

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / *(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

MIEJSCOWOŚĆ																
ULICA, NR DOMU, LOKALU																
KOD POCZTOWY			-													
POCZTA																
TELEFON KONTAKTOWY																

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X Zaznaczyć

	Odpowiedniego zatrudnienia
	Szkolenia
	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Z 2005 R., Nr 108, poz. 908) *Karta parkingowa*
	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

Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Zaznaczyć X

STAN CYWILNY:	*kawaler / panna*	
	żonaty / zamężna	
	separowany / separowana	
	wdowiec / wdowa	
	rozwiedziony / rozwiedziona	
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
PORUSZANIE SIĘ	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
WYKSZTAŁCENIE	*wyższe*	
	średnie	
	zasadnicze	
	podstawowe	
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	
ZAWÓD WYUCZONY		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		
ZAWÓD WYKONYWANY		

OŚWIADCZENIA:

Zaznaczyć X

CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?		
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO	*renta szkoleniowa*	
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji	
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	
	renta rolnicza szkoleniowa	
	wojskowa renta inwalidzka	
	policyjna renta inwalidzka	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr	

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) *może* POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO?	PRZYBYĆ NA *Zaznaczyć X*	
CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) *nie może* POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO?	PRZYBYĆ NA *Zaznaczyć X*	

Wniosek składam ze względu na:

Zaznaczyć X

Pierwszy wniosek	
Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	
Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	

NR POPRZEDNIEGO ORZECZENIA PCPR 8211 / ……. /…….

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

....., dnia …… ……

(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać ***dokument potwierdzający tożsamość*** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku dołącza się ***dokumentację medyczną*** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień *(przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku),*
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć ***postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,***
4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
   - *bezdomnych,*
   - *przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,*
   - *przebywających w zakładach karnych i poprawczych,*
   - *przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.*
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.