Miejsce na adnotacje urzędowe

.....dnia .....r.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego/Miejskiego
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w .....
.....

Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

osoby posiadającej orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.) na podstawie § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.)

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia.....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer.....

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia.....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer.....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

Wniosek składam dla celów:

☐ odpowiedniego zatrudnienia
☐ szkolenia
☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
☐ korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
☐ uzyskania zasiłku stałego
☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
☐ korzystania z karty parkingowej
☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
☐ inne (wymienić): .....
.....

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej

Stan cywilny:* ☐ wolny/a, ☐ żonaty/mężatka, ☐ wdowiec/wdowa, ☐ inne .....

Sytuacja rodzinna:* ☐ samotny, ☐ posiada rodzinę/osoby bliskie: .....

Warunki mieszkaniowe: .....

Źródła dochodu:* ☐ wynagrodzenie, ☐ na utrzymaniu rodziny, ☐ pomoc społeczna, ☐ zasiłek dla bezrobotnych, ☐ emerytura/renta, ☐ brak, ☐ inne: .....
.....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
Poruszanie się	☐	☐	☐
Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* ☐ nie ☐ tak, jeśli tak, wymienić: .....
.....

Sytuacja zawodowa:

- ✓ wykształcenie: .....
- ✓ aktywność zawodowa:*
  ☐ aktywny zawodowo, ☐ bezrobotny, ☐ uczeń/student, ☐ emeryt/rencista,
- ✓ staż pracy: .....
- ✓ zawód aktualnie wykonywany: .....

Oświadczenia:

1. ☐ **Nie pobieram/** ☐ **Pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego: ☐ emerytura, ☐ renta rodzinna, ☐ świadczenie rehabilitacyjne, ☐ renta z tytułu niezdolności do pracy, ☐ inne *(jakie?)* .....

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

2. ☐ **Nie składałem/am/** ☐ **Składałem/am*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu ..... r.,

☐ **Nie posiadam/** ☐ **Posiadam*** orzeczenie o..... stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia..... r.

3. **Posiadam orzeczenie*:**

☐ **orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o** .....

☐ **orzeczenie o zaliczeniu do**.....**grupy inwalidów**

☐ **inne:**.....

Powyższe orzeczenie zostało wydane w dniu .....r.,

ważne jest do dnia ..... r.

4. ☐ **Mogę/** ☐ **Nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego *(jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).*

5. Przyjmuję do wiadomości, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

8. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Załączniki:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Kopia orzeczenia, którego posiadanie uprawnia do złożenia wniosku (lekarza orzecznika ZUS, o zaliczeniu do grupy inwalidów itp.)*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):*

.....

.....

Podpis osoby składającej wniosek[1]

.....

[1] *podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego*

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**