

**Wniosek
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Wniosek składam: ☐ pierwszy raz ☐ kolejny raz (kontynuacja)
☐ celem zmiany wskazań ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/legitymacji szkolnej

Nr PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu.....

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Gdyni**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu:

CEL PODSTAWOWY (wybrać jeden z niżej wymienionych):

a także dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X):

- ☐ Odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ Szkolenia
- ☐ Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- ☐ Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ Karta parkingowa
- ☐ Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- ☐ Zasiłek pielęgnacyjny
- ☐ Świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy (dla opiekuna)
- ☐ Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- ☐ Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ Inny (podać jaki).....

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny: a) ☐ kawaler / ☐ panna* b) ☐ żonaty / ☐ zamężna* c) ☐ wdowiec / ☐ wdowa*
d) ☐ rozwiedziony / ☐ rozwiedziona* e) ☐ separowany / ☐ separowana*

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą / ☐ opieka *
(mycie się, ubieranie)
- b) poruszanie się w środowisku: ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą / ☐ opieka *
- c) prowadzenie gospodarstwa domowego: ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą / ☐ opieka *
(pranie, sprzątanie, gotowanie)

3. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie..... b) zawód wyuczony.....
- c) ☐ pracuje / ☐ nie pracuje *
miejsce pracy.....
od kiedy..... wykonywany zawód.....

Oświadczenia:

- ☐ **Pobieram** / ☐ **Nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, jakie:
☐ **renta:** z tytułu ☐ częściowej / ☐ całkowitej niezdolności do pracy / ☐ niezdolności do samodzielnej egzystencji/ ☐ szkoleniowa*;
☐ **renta inwalidzka:** ☐ wojskowa / ☐ policyjna / ☐ I grupa / ☐ II grupa / ☐ III grupa*;
☐ **emerytura;** ☐ **renta rodzinna;** ☐ **świadczenie rehabilitacyjne;** ☐ **inne*** (jakie?)
- Oświadczam, że aktualnie ☐ **toczy się** / ☐ **nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim)
- ☐ **Składano** / ☐ **Nie składano*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to: Nr orzeczenia,, z dnia
(data wydania orzeczenia)
ze skutkiem: ☐ odmowa / ☐ lekki / ☐ umiarkowany / ☐ znaczny stopień niepełnosprawności,
orzeczenie wydane na okres do: / ☐ na stałe *
(data ważności orzeczenia)
- Oświadczam, że ☐ **mogę samodzielnie** / ☐ **mogę z pomocą** / ☐ **nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby.
- Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art.41 Kodeksu postępowania administracyjnego).**
- Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
data i **czytelny podpis** osoby zainteresowanej /
przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego

*właściwe zaznaczyć