

## Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy\*\* : ..... miejscowość i data .....

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... PESEL ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zameldowania (stały, czasowy) .....

Adres pobytu (korespondencyjny) .....

..... telefon .....

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

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:\*

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia,
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- uzyskania uprawnień do świadczeń udzielanych zgodnie z ustawą o pomocy społecznej oraz ustawą o świadczeniach rodzinnych, w tym:
  - zasiłku stałego,
  - zasiłku pielęgnacyjnego
  - świadczenia pielęgnacyjnego
- korzystanie z ulg i uprawnień (ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej) na podstawie art. 8 ust. 1 –Ustawy Prawo o ruchu drogowym
- oceny czy zachodzi konieczność zamieszkania w oddzielnym pokoju
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?) .....

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny ....., stan rodzinny .....  
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
    - wykonywanie czynności samoobsługowych ..... samodzielnie / z pomocą\* (właściwe zakreślić)
    - prowadzenie gospodarstwa domowego ..... samodzielnie / z pomocą\* (właściwe zakreślić)
    - poruszanie się w środowisku ..... samodzielnie / z pomocą\* (właściwe zakreślić)
  2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: ..... niezbędne / wskazane / zbędne\* (właściwe zakreślić)  
(jakiego?) .....
  3. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....
- zawód ..... obecne zatrudnienie .....

Oświadczenia:\*

1. Pobieram / nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: ..... renta / emerytura,\*  
od kiedy? .....
2. Aktualnie toczy się / nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem  
orzecznictwem, podać jakim .....
3. Składałem(am) / nie składałem(am)\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia  
niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ....., z jakim skutkiem  
.....
4. Mogę / nie mogę\* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.  
(Jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  
w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
5. Posiadam ważne orzeczenie podać jakie .....  
.....  
które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie  
odrębnych przepisów.
6. W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia przedłożonej wraz  
z wnioskiem dokumentacji medycznej, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów wykonania  
badań we własnym zakresie.
7. Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu  
zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy  
adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu 30 dni poprzedzających  
złożenie wniosku,
2. Posiadaną dokumentację medyczną,
3. inne dokumenty, podać jakie .....

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem instytucji pomocy społecznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu  
niepełnosprawności przez .....

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić

\*\* Nr sprawy wpisuje pracownik Zespołu