2ZS.8321._____ ……, dnia …….. r.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania

o Niepełnosprawności w Namysłowie

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2021, poz. 857)

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem)**:**

☐ Po raz pierwszy

☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności- Dz. U. 2021, poz. 857)

☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. 2021, poz. 857)

☐ Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności

☐ W związku ze zmianą przepisów ustawy z dnia 30 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. z 2018 r. poz.1990).

Dane osoby zainteresowanej:

IMIĘ [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

NAZWISKO [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Data urodzenia [__[__[__[__[__[__[__[__] Miejsce urodzenia……..
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__] Obywatelstwo* ……

Nr i seria dokumentu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport):

…… [__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zameldowania ……

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy……
(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Adres do korespondencji ……
(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Telefon kontaktowy [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

IMIĘ [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

NAZWISKO [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Data urodzenia [__[__[__[__[__[__[__[__] Miejsce urodzenia……..
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__] Obywatelstwo* ……..

Nr i seria dowodu osobistego [__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zameldowania ……

Adres do korespondencji ……
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Telefon kontaktowy [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):

- ☐ Odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ Szkolenia
- ☐ Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- ☐ Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ Korzystania z karty parkingowej
- ☐ Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- ☐ Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- ☐ Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
- ☐ Inne (wymienić jakie): …….. …… ……

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

1) Stan cywilny:

☐ panna	☐ kawaler
☐ zamężna	☐ żonaty
☐ w separacji	☐ w separacji
☐ rozwiedziona	☐ rozwiedziony
☐ wdowa	☐ wdowiec

2) Wykształcenie:

- ☐ bez wykształcenia szkolnego
- ☐ podstawowe
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ wyższe

3) Źródła dochodu

- ☐ wynagrodzenie
- ☐ na utrzymaniu rodziny
- ☐ pomoc społeczna
- ☐ zasiłek dla bezrobotnych
- ☐ emerytura
- ☐ renta z tytułu ……..
- ☐ brak
- ☐ inne …….

4) Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:

☐ nie ☐ tak, jakiego: …….

5) Czy aktualnie wykonuje Pan/Pani pracę zarobkową ? ☐ tak ☐ nie

6) Zawód wyuczony……

7) Zawód wykonywany ……

8) Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
wykonywanie czynności samoobsługowych (np. mycie się, ubieranie i rozbieranie się, spożywanie posiłków)	☐	☐	☐
poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, , komunikowanie się)	☐	☐	☐

prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprzątanie, gotowanie)	☐	☐	☐

Oświadczam, że:

1)** ☐ Nie posiadam / ☐ Posiadam orzeczenie o …….. stopniu
(lekkim, umiarkowanym, znacznym)

niepełnosprawności, wydane w dniu …… r., ważne do dnia …….....

2)** ☐ Mogę / ☐ Nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego
Jeżeli nie - należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby

3)** ☐ Aktualnie toczy / ☐ Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności

4)** ☐ Aktualnie toczy / ☐ Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym

5) W razie stwierdzonej przez powiatowy zespół konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie**.

6) Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie

Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2021, poz.735 ze zm.)

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu, w tym adresu elektronicznego.

§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

7) Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2020, poz. 1444 ze zm.)

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega krze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

8) Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów

Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2020, poz. 1444 ze zm.)

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

****właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

……
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Oryginał wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**,
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienie przez lekarza)**,
- ✓ Kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).