

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIENÍ

.....
miejscowość i data

Nr sprawy

Imię/imiona i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego.....Obywatelstwo.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

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

Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

Seria i nr dowodu osobistego.....Obywatelstwo.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Nr telefonu.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- 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 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):,

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

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

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących razem:

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

Oświadczam, że

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

2. **Nie składałem/am/** **Składałem/am*** uprzednio 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 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).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Załączniki

1. Dokumentacja medyczna (ksero)

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): .

.....

.....

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego)