

**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. 2018, poz. 2027)

**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. 2018, poz. 2027)
- 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. 2018, poz. 2027)
- Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności

**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 .....

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 .....

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

\*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

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

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

**1) Stan cywilny:**

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> panna        | <input type="checkbox"/> kawaler      |
| <input type="checkbox"/> zamężna      | <input type="checkbox"/> żonaty       |
| <input type="checkbox"/> w separacji  | <input type="checkbox"/> w separacji  |
| <input type="checkbox"/> rozwiedziona | <input type="checkbox"/> rozwiedziony |
| <input type="checkbox"/> wdowa        | <input type="checkbox"/> wdowiec      |

**2) Wykształcenie:**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> bez wykształcenia szkolnego |
| <input type="checkbox"/> podstawowe                  |
| <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe         |
| <input type="checkbox"/> średnie                     |
| <input type="checkbox"/> wyższe                      |

**3) Źródła dochodu**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wynagrodzenie            | <input type="checkbox"/> emerytura            |
| <input type="checkbox"/> na utrzymaniu rodziny    | <input type="checkbox"/> renta z tytułu ..... |
| <input type="checkbox"/> pomoc społeczna          | <input type="checkbox"/> brak                 |
| <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, komunikowanie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprzątanie, gotowanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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 orzecznym

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. 2018, poz. 2096 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. 2018, poz. 1600 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 najbliższemu, podlega karze 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. 2018, poz. 1600 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, zaopatrzone 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 wystawienia 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).