

Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień
(na podstawie posiadanego orzeczenia innego organu)

Nr sprawy

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Data i miejsce urodzenia

Adres stałego zameldowania

Adres pobytu*

Adres do korespondencji*

PESEL Seria i nr dokumentu tożsamości.....

Nr telefonu.....

**wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania*

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego

(wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres stałego zameldowania

Adres do korespondencji

PESELSeria i nr dokumentu tożsamości

Nr telefonu.....

**Do Powiatowego Zespołu
ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w Częstochowie**

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystania z karty parkingowej,
- świadczenia pieniężne z pomocy społecznej,
- zasiłku pielęgnacyjnego,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- inne.....

CEL PODSTAWOWY.....

Posiadam ważne orzeczenie o
wydane przez
wydane w dniu **na okres do**....., **na stałe***.

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej osoby zainteresowanej:

- 1) sytuacja społeczna: stan cywilny: kawaler/panna,
żonaty/zamężna
wdowiec/wdowa
rozwiedziony/rozwiedziona

separowany/separowana

2) zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
a/ wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x	x
b/ prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x	x
c/ poruszanie się w środowisku	x	x	x
3) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:	niezbędne*	wskazane*	zbędne*

4) sytuacja zawodowa

- a/ wykształcenie
- b/ zawód
- c/ obecne zatrudnienie: pracuje * nie pracuje *
- d/ zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

- 1) W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów wykonania badań we własnym zakresie i o konieczności dostarczenia jej w wyznaczonym terminie. Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
- 2) Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
- 3) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Do wniosku dołączam:

1. orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy,
2. oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia,
3. oryginały lub uwierzytelnione kopie innych posiadane dokumenty, mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień .

.....
podpis wnioskodawcy lub jej przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić