WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

ZOON-VI.402-.....
(wypełnia pracownik Zespołu)

pieczęć daty wpływu wniosku

Miejscowość....., dnia ..... r.

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W SŁUPSKU

WNIOSEK SKŁADAM: ☐pierwszy raz ☐kolejny raz celem kontynuacji posiadanego orzeczenia
☐celem zmiany wskazań dotyczących w posiadanym orzeczeniu
☐w związku ze zmianą stanu zdrowia (dopisanie symbolu/symboli przyczyny niepełnosprawności, pogorszenie stanu zdrowia)[1]

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data i miejsce urodzenia: .....

Obywatelstwo: ..... Seria i nr dokumentu tożsamości: .....

Rodzaj dokumentu tożsamości: [1] ☐dowód osobisty ☐paszport ☐prawo jazdy ☐legitymacja szkolna
☐odpis skrócony aktu urodzenia ☐inny.....

Adres zameldowania: ..... Powiat: .....

Adres ☐pobytu / ☐korespondencji:[1] .....

Nr telefonu: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ adres e-mail: .....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO[2]

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: .....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data i miejsce urodzenia: .....

Obywatelstwo: ..... Seria i nr dokumentu tożsamości: .....

Rodzaj dokumentu tożsamości: [1] ☐dowód osobisty ☐paszport ☐prawo jazdy ☐legitymacja szkolna
☐odpis skrócony aktu urodzenia ☐inny.....

Adres zameldowania: ..... Powiat: .....

Adres ☐pobytu / ☐korespondencji:[1] .....

Nr telefonu: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ adres e-mail: .....

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:[1]

☐ 1) odpowiedniego zatrudnienia
☐ 2) szkolenia, w tym specjalistycznego
☐ 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
☐ 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej
☐ 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby
☐ 6) 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
☐ 7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
☐ 8) konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
☐ 9) spełnienia przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (j.t. Dz.U. z 2020 poz. 110)
☐ 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

---

[1] właściwe zaznaczyć X

[2] wypełniać **tylko** w przypadku osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych

SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA OSOBY ZAINTERESOWANEJ: [1]

stan cywilny: ☐kawaler/panna; ☐żonaty/zamężna; ☐wdowiec/wdowa; ☐rozwiedziony(a) ; ☐separowany(a)

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
1) wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
2) poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
3) prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

wykształcenie: ☐bez ☐podstawowe ☐zasadnicze ☐średnie ☐wyższe,

zawód wyuczony....., **obecnie zatrudniony(a)** ☐ TAK / ☐ NIE,

zawód wykonywany .....

OŚWIADCZENIA: [1]

1. ☐ **Pobieram** / ☐ **Nie pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, jakie:
   ☐ **renta:** ☐ szkoleniowa / ☐ z tytułu ☐ częściowej / ☐ całkowitej niezdolności do pracy / ☐ i niezdolności do samodzielnej egzystencji; ☐ **renta rolnicza:** ☐ szkoleniowa / ☐ z tytułu niezdolności do pracy; ☐ **renta inwalidzka:** ☐ wojskowa / ☐ policyjna / ☐ I grupa / ☐ II grupa / ☐ III grupa; ☐ **emerytura**; ☐ **renta rodzinna**; ☐ **świadczenie rehabilitacyjne**; ☐ **inne** (jakie?) .....
2. ☐ **Składano** / ☐ **Nie składano** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
   jeżeli tak, to: Nr orzeczenia ....., z dnia ..... (data wydania orzeczenia),
   orzeczenie wydane na okres do: ..... (data ważności orzeczenia) / ☐na stałe
   ze skutkiem: ☐odmowa; ☐lekki / ☐umiarkowany / ☐znaczny stopień niepełnosprawności.
3. ☐**Mogę** / ☐**Nie mogę** ☐samodzielnie / ☐z opiekunem przybyć na posiedzenie składu orzekającego
   (jeżeli nie, to należy dołączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
4. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu** do momentu zakończenia postępowania w sprawie *(art.41 Kodeksu postępowania administracyjnego)*.
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia** ich **kosztów we własnym zakresie**.
6. **Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

ZAŁĄCZNIKI:

(Uwaga!! Wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu!!)

1. ***Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności*** *wystawione przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana (zaświadczenie należy dostarczyć do Zespołu wraz z wnioskiem i dokumentacją medyczną w ciągu 30 dni od dnia jego wystawienia).*
2. ***Dokumentacja medyczna*** *(kserokopie, oryginały do wglądu).*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, (podać jakie)* .....
   .....
   .....

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych (RODO) dostępne na stronie bip.zoon.slupsk.pl

UWAGA!! Osoby zainteresowane składające wniosek o przedłużenie posiadanego stopnia niepełnosprawności winny składać go w terminie nie przekraczającym 30 dni do końca ważności posiadanego orzeczenia!! (np. jeżeli orzeczenie jest ważne do 30 kwietnia bieżącego roku wniosek należy składać dopiero od 1 kwietnia)

.....
podpis osoby zainteresowanej
w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej podpis opiekuna prawnego

[1] Właściwe zaznaczyć X