WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEŃ

(na podstawie art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j.t. Dz.U. z 2020 r., poz. 426))

pieczęć daty wpływu wniosku

ZOON-VI.403-.....
(wypełnia pracownik Zespołu)

Miejscowość ……., dnia ..... r.

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W SŁUPSKU

Wniosek składam: ☐pierwszy raz ☐kolejny raz (kontynuacja) ☐celem zmiany wskazań[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: .....

POSIADANE ORZECZENIE: [1]

1. ☐posiadam ważne orzeczenie ☐o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji / ☐o całkowitej niezdolności do pracy / ☐o częściowej niezdolności do pracy nr..... z dnia..... wydane przez Lekarza Orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydane ☐na stałe / ☐na okres do.....
2. ☐posiadam ważne orzeczenie o zaliczeniu do ☐ I /☐ II /☐ III grupy inwalidów nr…..... z dnia..... ☐wydane przez komisje lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych *przed 01.09.1997 r.* / ☐wydane przez komisje lekarską podległą MON lub MSWiA *przed 01.01.1998 r.* ☐na stałe / ☐na okres do.....
3. ☐posiadam ważne orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym nr..... z dnia ..... *wydane przed 1 stycznia 1998 r.* przez ☐lekarza rzeczoznawcę / ☐komisje lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ☐na stałe / ☐na okres do.....

---

[1] właściwe zaznaczyć X

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

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień 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. 2012 poz. 1137 z późn. zm.)
☐ 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA

1. sytuacja społeczna[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	☐	☐	☐

2. sytuacja zawodowa[1]:

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

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

zawód wykonywany.....

OŚWIADCZAM , ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY ORAZ O BRAKU MOŻLIWOŚCI WNIESIENIA ODWOŁANIA OD ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEŃ WYDANEGO NA PODSTAWIE ART. 5A USTAWY O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH.

Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, będących uzupełnieniem złożonych dokumentów, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie

ZAŁĄCZNIKI:

1. orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy (oryginał lub kopia potwierdzona przez organ wydający orzeczenie);
2. posiadaną dokumentację medyczną mogącą mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień;
3. inne dokumenty, podać jakie .....
   .....
   .....
   .....

(Uwaga!! W/w dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu!)

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

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

[1] Właściwe zaznaczyć X