



# SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:<sup>1</sup>

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

## zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
1) wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**zawód wykonywany** .....

## OŚWIADCZENIA:<sup>1</sup>

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: ..... / na stałe  
(data ważności orzeczenia)

**ze skutkiem:** odmowa; lekki / umiarkowany / znacznym stopniem 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](http://bip.zoon.slupsk.pl)

**UWAGA!!** Osoba zainteresowana składająca wniosek o przedłużenie posiadanego stopnia niepełnosprawności może złożyć go nie wcześniej niż na 2 miesiące przed datą końca ważności posiadanego orzeczenia!! (np. jeżeli orzeczenie jest ważne do 30 kwietnia bieżącego roku wniosek można składać dopiero od 1 marca)

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

<sup>1</sup> Właściwe zaznaczyć X