

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 orzeczniczym
- 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. 2013 poz. 267, ze zm.)
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.
§ 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. 1997 nr 88 poz. 553, 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 do lat 3.
§ 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. 1997 nr 88 poz. 553, 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).