

UZASADNIENIE WNIOSKU:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć):

wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą opieka
poruszanie się w środowisku: samodzielnie z pomocą opieka

3. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie zawód wyuczony

obecne zatrudnienie zawód wykonywany

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **Pobieram / nie pobieram^{*)}** świadczenia z ubezpieczenia społecznego (np. emerytura, renta)

Jakie: Od kiedy:

2. **Składałem / nie składałem^{*)}** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności (grupy inwalidzkiej).

Jeżeli TAK -> orzeczenie wydane przez ZUS, KRUS, MON, MSWiA, PZdsOoN z dnia
na okres stały/ do dnia^{*)} (**proszę dołączyć kserokopię ww. orzeczenia**)

3. **Składałem / nie składałem^{*)}** odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

Jeżeli TAK -> dołączyć kserokopię orzeczenia lub wyroku Sądu wraz z opiniami biegłych sądowych

4. Aktualnie **toczy się/ nie toczy się^{*)}** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.

Jeżeli TAK -> podać jakim

5. **Mogę/ nie mogę^{*)}** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

7. Wniosek niniejszy składał z powodu **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia^{*)}.**

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

^{*)} *niepotrzebne skreślić*

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- Kserokopie wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).