

.....  
(miejscowość i data)

Nr wniosku: .....

**Do Powiatowego Zespołu  
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Oleśnicy**

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**  
(dotyczy osoby która ukończyła 16 rok życia)

**Wniosek składam\*** (wybrać **jedną** z opcji):

- po raz pierwszy  
 w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia ważnego do dnia.....  
 mimo ważności orzeczenia do dnia .....w związku ze zmianą w stanie zdrowia

**Dane osoby zainteresowanej**

Imiona: .....

Nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

PESEL..... obywatelstwo .....

Numer i seria dokumentu tożsamość: .....

Adres zameldowania na pobyt stały kod ..... miejscowość .....

ul. .... nr domu .....nr mieszkania .....

Adres pobytu (dotyczy pobytu powyżej 2 miesięcy w innej miejscowości niż miejsce zameldowania) .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu .....

**Dane przedstawiciela ustawowego niepełnoletniego dziecka lub ustanowionego orzeczeniem sądu dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej opiekuna prawnego**

Imiona: .....

Nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

PESEL..... obywatelstwo .....

Dokument tożsamości: seria ..... nr .....

Adres zameldowania na pobyt stały kod ..... miejscowość .....

ul..... nr .....nr telefonu .....

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania) .....

.....

**Wniosek składam dla celów:\***

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia   | 7. <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju w związku z ubieganiem się o dodatek mieszkaniowy |
| 2. <input type="checkbox"/> szkolenia  | 8. <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń pomocy społecznej   |
| 3. <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej                             | 9. <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego  |
| 4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze               | 10. <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                                |
| 5. <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | 11. <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień (wskazać jakich) .....                                |
| 6. <input type="checkbox"/> uzyskania karty parkingowej  |  |

**Cel podstawowy** ubiegania się o orzeczenie (*wskazać tylko jeden numer*).....

**Stan cywilny\*:**  wolny/a,  żonaty /mężatka,  wdowiec /wdowa,  inne .....

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania\*:**

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

**Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego** (*wymienić z jakiego*) .....

**Sytuacja zawodowa:**

- wykształcenie..... zawód wyuczony .....
- aktywny zawodowo,  bezrobotny,  uczeń / student,  emeryt / rencista\*
- zawód aktualnie wykonywany.....

**Oświadczenia\*:**

1.  Nie pobieram/  pobieram:  emeryturę,  rentę,  rentę rodzinną,
2.  Nie składałem /am /  składałem /am\* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to gdzie i kiedy.....  
 Nie posiadam /  posiadam orzeczenie\* o stopniu niepełnosprawności wydane w dniu..... ważne do dnia .....
3.  Mogę /  mogę przybyć wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej/  
 nie mogę przybyć \* na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy*).
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (*zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego*).
6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

W załączeniu przedkładam:

1. Oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
2. Oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej **aktualny** stan zdrowia,
3. Kopie posiadanych orzeczeń .

\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....  
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o orzeczenie lub przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej albo opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej