

**Wniosek**  
**o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień**

Nr sprawy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami*

**DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
PESEL																												
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																								
DATA URODZENIA															Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok											
MIEJSCE URODZENIA																												
OBYWATELSTWO																												
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																												
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>																											

**ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

MIEJSCOWOŚĆ																												
ULICA, NR DOMU, LOKALU																												
KOD POCZTOWY																												
POCZTA																												
TELEFON KONTAKTOWY																												

**ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI**

MIEJSCOWOŚĆ																												
ULICA, NR DOMU, LOKALU																												
KOD POCZTOWY																												
POCZTA																												
TELEFON KONTAKTOWY																												

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
PESEL																												
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																								
DATA URODZENIA															Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok											
MIEJSCE URODZENIA																												
OBYWATELSTWO																												
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																												
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>																											

**ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY			-																	
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

**OSOBA POSIADA WAŻNE ORZECZENIE O:**

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzyst.
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

**WYDANE PRZEZ:**

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	Lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	Komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	Lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
<input type="checkbox"/>	Komisję lekarską wojskową
<input type="checkbox"/>	Komisję podległą MSWiA

<b>WYDANE W DNIU:</b>										Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
<b>WYDANE NA STAŁE:</b>	Zaznaczyć X jeżeli tak									
<b>WYDANE NA OKRES:</b>										Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok

**UZYSKANIE ORZECZENIA NIEZBEDNE JEST W CELU:**

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Z 2005 R., Nr 108, poz. 908) <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:**

Zaznaczyć X

<b>STAN CYWILNY:</b>	kawaler / panna	
	żonaty / zamężna	
	separowany / separowana	
	wdowiec / wdowa	
	rozwódziona / rozwiedziony	
<b>WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH</b>	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
<b>PORUSZANIE SIĘ</b>	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
<b>PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	wyższe	
	średnie	
	zasadnicze	
	podstawowe	
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	
<b>ZAWÓD WYUCZONY</b>		
<b>CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?</b>		
<b>ZAWÓD WYKONYWANY</b>		

**OŚWIADCZENIA:**

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

....., dnia .....

.....  
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**INFORMACJE DODATKOWE:**

1. składając wniosek należy okazać dokument tożsamości osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
  - a. bezdomnych,
  - b. przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
  - c. przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
  - d. przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.
5. **obecność na posiedzeniu składu orzekającego jest obowiązkowa**,
6. **od wydanego orzeczenia nie przysługuje odwołanie.**

*Adnotacje urzędowe:*