Numer sprawy……………………… …………………………………, dnia………………...

( wypełnia organ) (miejscowość) (data)

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W OSTROWI MAZOWIECKIEJ**

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

* **Po raz pierwszy.**  **Składany po raz kolejny – ze względu na (zaznaczyć jedno):**

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

**(nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**

(§ 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).

W związku ze zmianą stanu zdrowia

**(w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)**

(§ 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).

Składałem/łam wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności

W celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się

**Dane osoby zainteresowanej:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię/Imiona

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr i seria dowodu osobistego/leg. szkolnej …………………………………………... PESEL

Adres stały/czasowy zameldowania:……………………………………………………………………………………………………………..

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy: ……………………………………..

**Dane przedstawiciela ustawowego:** (wypełnić tylko w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię/Imiona

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr i seria dowodu osobistego ………………………..……………………….………... PESEL

Adres stały/czasowy zameldowania:………………………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy: ……………………………………..

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów** (właściwe zaznaczyć)**:**

* odpowiedniego zatrudnienia,
* szkolenia,
* korzystania z systemu pomocy społecznej,
* konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
* korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
* korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,
* uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
* uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
* uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju),
* korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?) ………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………...................

**Cel podstawowy: …………………………………………………………………………………………………………………**

**Sytuacja społeczna:** stan cywilny………………………………………….., stan rodzinny ………………………………………………..

**zdolność da samodzielnego funkcjonowania:**  **samodzielnie** **z pomocą** **opiekun**

wykonywanie czynności samoobsługowych

poruszanie się w środowisku

prowadzenie gospodarstwa domowego

**Sytuacja zawodowa:** wykształcenie …………………………………………………………………………………………………….

zawód wyuczony: ……………………………………… obecne zatrudnienie: …………………………………………………………

**Oświadczam że:**

1. Pobieram / nie pobieramświadczenia z ubezpieczenia społecznego renta **/** emerytura od kiedy?...........................
2. Składałem(łam) / nie składałem(łam)uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ……………………………… z jakim skutkiem? …………………………………………………………………………………....
3. Aktualnie toczy się / nie toczy sięw mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (jakim?) ……………………………………………………………
4. Mogę samodzielnie / mogę z pomocą / nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku   
   bez rozpoznania.
7. **Zobowiązuję się powiadomić zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie   
   art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2016 poz. 23)**

§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.

1. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2016 poz. 1137)**

§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.

1. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów art. 270 ustawy   
   z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2016 poz.1137)**

§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, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

……………………………………………………………….

czytelny podpis osoby zainteresowanej

lub jej przedstawiciela ustawowego

**Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………….…………………….. ……………………………………………….

stwierdzenie własnoręcznego podpisu czytelny podpis osoby zainteresowanej

przez pracownika socjalnego lub jej przedstawiciela ustawowego

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

* **Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),**
* **Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),**
* **Kserokopie, poświadczone za zgodność z oryginałem, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność   
  i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,**
* **Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).**