

Wniosek składam dla celów*:

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

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

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| wykonywanie czynności samoobsługowych: | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> konieczna opieka |
| poruszanie się | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> konieczna opieka |
| prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> konieczna opieka |

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*: nie tak, jeśli tak, wymienić z jakiego

Sytuacja zawodowa:

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

Oświadczenia*:

1. **Nie pobieram** / **pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego: emeryturę, rentę, rentę rodzinną, świadczenie rehabilitacyjne.
2. **Nie składałem /am** / **składałem /am*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to gdzie i kiedy.....
 Nie posiada / **posiada orzeczenie*** o stopniu niepełnosprawności wydane w dniu..... ważne do dnia
3. **Mogę** / **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. Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
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. Dokumentację medyczną potwierdzającą aktualny stan zdrowia (w oryginałach)
3. Kopie posiadanych orzeczeń

Podpis osoby składającej wniosek ¹

***właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

¹ podpis osoby zainteresowanej lub, jeśli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć postanowienie sądu)