

Kraków, dnia

Nr sprawy:

**WNIOSEK
W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

*PIERWSZORAZOWY / POWTÓRNY / W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA**

Imię i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia.....
Seria i numer dowodu osobistego (paszportu).....
Nr PESEL.....
Adres zameldowania
Adres zamieszkania.....
Adres do korespondencji.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania lub korespondencji przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej lub opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej
.....
.....
Nr telefonu

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

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*

- odpowiednie zatrudnienie,
- szkolenie,
- uczestnictwo w terapii zajęciowej,
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
- świadczenia pieniężne z pomocy społecznej,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- korzystanie z karty parkingowej,
- inne.....

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:

- a) stan cywilny.....
- b) stan rodzinny.....

- c) wykonywanie czynności samoobsługowych
- d) prowadzenie gospodarstwa domowego
- e) poruszanie się w środowisku
- f) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego.....
-

samodzielnie z pomocą

2. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie
- b) zawód
- c) obecne zatrudnienie

Oświadczam, że:

1. pobieram / nie pobieram* świadczenia z ubezpieczenia społecznego – rodzaj świadczenia od kiedy:
2. aktualnie toczy się / nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. składałem / nie składałem* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeśli tak, to kiedy z jakim skutkiem
4. **możę / nie mogę*** samodzielnie 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 jestem świadomy/świadoma wymogu ich dołączenia we własnym zakresie i ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie,
6. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k.p.a.) o każdej zmianie adresu lub miejsca pobytu.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wystawione przez lekarza pod opieką którego pozostaję (ważne przez 30 dni od daty wystawienia)
- posiadaną dokumentację medyczną w oryginale lub w kserokopiach potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
- kserokopię prawomocnego orzeczenia, potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

UWAGI:

Zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1110; z 2017 r., poz. 1541) osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydana na czas określony i starająca się o jego kontynuację, może złożyć wniosek o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

Zgodnie z § 35 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1110; z 2017 r., poz. 1541), powiatowy zespół wystawia legitymację osoby niepełnosprawnej. W celu uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej z wpisanym symbolem przyczyny niepełnosprawności konieczne jest złożenie stosownego wniosku.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
czytelny podpis (imieniem i nazwiskiem) osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

* **niepotrzebne skreślić**