

ADNOTACJE URZEDOWE

WNIOSKUJE O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY:** (osoby której ma dotyczyć orzeczenie)

[illegible]

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

	dowód osobisty		prawo jazdy		paszport
--	-----------------------	--	--------------------	--	-----------------

Adres zameldowania na pobyt stały :

Miejscowość																				
Ulica, nr domu, lokalu																				
Kod pocztowy			-																	

Adres pobytu : (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

UWAGA! ten adres jest także adresem doręczenia korespondencji

[illegible]

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO(dotyczy osób od 16 do 18 roku życia lub sądownie ubezwłasnowolnionych)

[illegible]

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

dowód osobisty	prawo jazdy	paszport
----------------	-------------	----------

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego

UWAGA! ten adres jest także adresem doręczenia korespondencji

[illegible]

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

	Odpowiedniego zatrudnienia
	Szkolenia
	Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
	Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
	Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (tj. usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne)
	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>
	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (usługi opiekuńcze, socjalne, rehabilitacyjne)
	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
Inne – wymienić jakich:	
CEL PODSTAWOWY: (jeden z wyżej wymienionych)	

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

Stan cywilny:		kawaler / panna		
		żonaty / zamężna		
		w separacji		
		wdowiec / wdowa		
		rozwiedziony / rozwiedziona		
Wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się itp.)		samodzielnie		
		z pomocą		
		opieka		
Poruszanie się (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem itp.)		samodzielnie		
		z pomocą		
		opieka		
Prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, gotowanie, sprzątanie itp.)		samodzielnie		
		z pomocą		
		opieka		
Wykształcenie		wyższe		
		średnie		
		zasadnicze		
		podstawowe		
		podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego		
Zawód wyuczony				
Czy aktualnie wykonuje pracę				
Zawód wykonywany				
Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego		niezbędne	JAKIEGO	
		wskazane		
		zbędne		

OŚWIADCZAM, ŻE:

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

Pobieram świadczenie rentowe,		TAK
-------------------------------	--	-----

świadczenie rodzinne	NIE		
Nazwa pobieranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego	Renta szkoleniowa		
	Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy		
	Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy		
	Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji		
	Renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy		
	Renta rolnicza szkoleniowa		
	Wojskowa renta inwalidzka		
	Policyjna renta inwalidzka		
	Renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr		
	Renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr		
	Renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr		
	Emerytura		
Nazwa pobieranego świadczenia rodzinnego	Zasilek rodzinny, dodatki do zasiłku rodzinnego		
	Zasilek pielęgnacyjny		
	Świadczenie pielęgnacyjne		
Aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem	TAK	JAKIM	
	NIE		
Składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności	TAK	KIEDY I Z JAKIM SKUTKIEM	
	NIE		
Mogę przybyć samodzielnie (lub z opiekunem) na posiedzenie składu orzekającego	TAK		
	NIE	Należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby	

UPRZEDZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ wynikającej z art. 233 § 1 kk

„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” – oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 kpa)

WYRAŻAM ZGODĘ na przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2003 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) dla celów związanych z procesem orzecznictwem

Gliwice, dnia

.....
(podpis z imienia i nazwiska osoby wnioskującej)

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku należy załączyć **kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** :
karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opinie psychologiczne, kartotekę poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, w tym również kserokopie posiadanych orzeczeń ZUS, KRUS, MSWiA
3. **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia ważne jest przez **30 dni** od daty wystawienia
4. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych
6. właściwość miejscową zespołu orzekającego o niepełnosprawności ustala się według **miejsca pobytu** tylko i wyłącznie w przypadku osób:
 - ⇒ bezdomnych;
 - ⇒ przebywających poza miejscem stałego pobytu **ponad 2 miesiące** ze względów zdrowotnych lub rodzinnych
 - ⇒ przebywających w zakładach karnych i poprawczych
 - ⇒ przebywających w domach pomocy społecznej o ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej

Godziny urzędowania zespołu

Poniedziałek-Środa	8 ⁰⁰ – 16 ⁰⁰
Czwartek	8 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Piątek	8 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰

Numery telefonów: (032) 230-26-90, (032) 232-99-10