

**Dane przedstawiciela ustawowego niepełnoletniego dziecka lub ustanowionego
orzeczeniem sądu dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej opiekuna prawnego**

Imię: _____

Nazwisko: _____

Data urodzenia miejsce urodzenia

PESEL | _____ | obywatelstwo

Dokument tożsamości: seria _____ nr _____

Adres zameldowania na pobyt stały kod _____ miejscowość

ul..... nrnr telefonu

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zameldowania)

.....

Wniosek składam dla celów:*

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia | 7. <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju w związku z ubieganiem się o dodatek mieszkaniowy |
| 2. <input type="checkbox"/> szkolenia | 8. <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| 3. <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej | 9. <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| 4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | 10. <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| 5. <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | 11. <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień (wskazać jakich) |
| 6. <input type="checkbox"/> uzyskania karty parkingowej | |

Cel podstawowy ubiegania się o orzeczenie (wskazać *tylko jeden numer*).....

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 (wymienić z jakiego)

.....

Sytuacja zawodowa:

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

wykonywany.....

Oświadczenia*:

1. **Nie pobieram**/ **pobieram**: emeryturę, rentę, rentę rodzinną,
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.
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. Oryginały lub uwierzytelnione kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej **aktualny** stan zdrowia,
3. Kopie posiadanych orzeczeń (*innych niż tutejszego zespołu*)

*właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o orzeczenie lub przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej albo opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

