

Wniosek składam dla celów:*

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

Stan cywilny*: kawaler/panna, żonaty /mężatka, wdowiec /wdowa, inne

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:

wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą konieczna opieka
poruszanie się samodzielnie z pomocą konieczna opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie z pomocą konieczna opieka

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

Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie - zawód wyuczony
- aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń / student,*
- 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 posiadam posiadam 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.
7. Oświadczam, że dysponuję informacjami na temat przetwarzania moich danych osobowych w zakresie wskazanym w art. 14 rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W załączeniu przedkładam:

1. Oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
2. Uwierzytelnione kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej **aktualny** stan zdrowia
3. Dowód osobisty i posiadane orzeczenie - do wglądu

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

*właściwe zaznaczyć znakiem x