

Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

Nr sprawy: _____ / _____

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
PESEL																												
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																								
DATA URODZENIA																									Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok	
MIEJSCE URODZENIA																												
OBYWATELSTWO																												
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																												
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia 																											

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY																											
POCZTA																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY																											
POCZTA																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
PESEL																												
PLEĆ	M	/	K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																								
DATA URODZENIA																									Wpisać cyframi:		dzień/miesiąc/rok	
MIEJSCE URODZENIA																												
OBYWATELSTWO																												
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																												
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia 																											

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

MIEJSCOWOŚĆ																			
ULICA, NR DOMU, LOKALU																			
KOD POCZTOWY			-																
POCZTA																			
TELEFON KONTAKTOWY																			

OSOBA POSIADA WAŻNE ORZECZENIE O:

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzyst.
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/>	Orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

WYDANE PRZEZ:

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	Lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	Komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	Lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
<input type="checkbox"/>	Komisję lekarską wojskową
<input type="checkbox"/>	Komisję podległą MSWiA

WYDANE W DNIU:										Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
WYDANE NA STAŁE:		Zaznaczyć <i>X</i> jeżeli tak								
WYDANE NA OKRES:										Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok

UZYSKANIE ORZECZENIA NIEZBEDNE JEST W CELU:

X Zaznaczyć

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	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>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Zaznaczyć X

STAN CYWILNY:	kawaler / panna	
	żonaty / zamężna	
	separowany / separowana	
	wdowiec / wdowa	
	rozwódziony / rozwiedziona	
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
PORUSZANIE SIĘ	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
WYKSZTAŁCENIE	wyższe	
	średnie	
	zasadnicze	
	podstawowe	
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	
ZAWÓD WYUCZONY		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		
ZAWÓD WYKONYWANY		

OŚWIADCZENIA:

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.

....., dnia

.....
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**INFORMACJE DODATKOWE:**

1. składając wniosek należy okazać dokument tożsamości osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
 - a. bezdomnych,
 - b. przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
 - c. przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
 - d. przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.
5. **obecność na posiedzeniu składu orzekającego jest obowiązkowa**,
6. **od wydanego orzeczenia nie przysługuje odwołanie.**

Adnotacje urzędowe: