



korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)

- zasiłek stały
- zasiłek pielęgnacyjny

zamieszkiwania w oddzielnym pokoju  
 korzystania z ulg i uprawnień (wskazać jakich) .....

**Stan cywilny\*:**  panna/kawaler,  żonaty/mężatka,  wdowiec/wdowa,  
 rozwiedziony/rozwiedziona,  separowany/separowana

**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,  emeryt / rencista\*
- zawód aktualnie wykonywany.....

**Oświadczenia\*:**

1.  **Nie pobieram/**  **pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego:  emeryturę,

rentę,  rentę rodzinną,  świadczenie rehabilitacyjne.

2. Posiadam ważne orzeczenie, które nie zawiera informacji będących uprawnieniem do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów – podać jakie: .....

3. Aktualnie toczy się/nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim.....

4.  **Nie składałem /am /**  **składałem /am\*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to gdzie i kiedy.....

5.  **Mogę /**  **nie mogę przybyć\*** na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby*).

6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy(a) wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

7. Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

8. 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.

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku (dokument jest ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza).

2. Ułożone chronologicznie kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu, wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.

3. Kserokopie i oryginały do wglądu wszystkich poprzednich orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.

**UWAGA: Wyżej wymienione dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem.**

.....

**Czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego**

**\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem**