

.....  
*miejsowość i data*

**WNIOSEK**  
**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

☐ po raz pierwszy,

☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**) - § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r., poz. 2027),

☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia - § 15 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r., poz. 2027),

☐ składałem/am wcześniej wnioszek o wydanie orzeczenia – brak stopnia niepełnosprawności,

☐ w celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się - weryfikacja wskazania do karty parkingowej – **dotyczy orzeczeń wydanych przed 01.07.2014 r. (konieczne oświadczenie).**

[illegible]

obywatelstwo: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

Adres zameldowania:

.....  
*miejscowość* ..... , *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....  
*kod pocztowy*,                      *poczta*,                      *gmina*

*miejscowość* \_\_\_\_\_ , *ulica, numer domu, numer lokalu*

....., ....., ....., .....

*kod pocztowy                      poczta                      numer telefonu                      adres email*

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego** (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko w wieku 16-18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu):

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

....., .....

*miejsowość* *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....  
*kod pocztowy*,                      *poczta*,                      *gmina*

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

....., .....

*miejsowość* *ulica, numer domu, numer lokalu*

....., ....., ....., .....

*kod pocztowy                      poczta                      numer telefonu                      adres email*

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia,                   | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,            |
| <input type="checkbox"/> szkolenia,                                    | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia          |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej,            | pielęgnacyjnego,   |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty        | <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,           |
| ortopedyczne i środki pomocnicze,                                      | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia | w dodatkowym wymiarze,   |
| w samodzielnej egzystencji,  | <input type="checkbox"/> innych (jakich?) .....                        |
| <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej,              | .....  |
| <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej, | .....  |

cel podstawowy (określić jeden z powyższych): .....

***Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:***

- stan cywilny: ☐ kawaler/panna, ☐ żonaty/zamężna, ☐ wdowiec/wdowa, ☐ rozwiedziony/rozwiedziona,  
☐ separowany/separowana

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania

samodzielnie	z pomocą	opiekun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- wykształcenie: ☐ podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego, ☐ podstawowe, ☐ zasadnicze, ☐ średnie, ☐ wyższe

- zawód wyuczony .....

- wykonuję pracę zarobkową: ☐ TAK, ☐ NIE

- zawód wykonywany .....

### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram\*** świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia o (podać jakiego) .....  
wydanego przez: **ZUS / KRUS / MSWiA\*** w .....
2. **Posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie organu rentowego i zapoznałem/am się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1172), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.
3. Oświadczam, że **posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o **niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności\*** wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki\*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....  
data wydania: .....  
wynik komisji: .....
4. Oświadczam, że **mogę/nie mogę\*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. **Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.**
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**  
**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2020 poz. 256)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.  
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**  
**Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1444)**  
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1444)**  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

.....  
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

\* niewłaściwe skreślić

## Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez .....

.....  
stwierdzenie własnoręcznego podpisu  
przez pracownika socjalnego

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

---

### UWAGA:

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Kserokopie (**poświadczone za zgodność z oryginałem**) wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/