

.....  
miejscowość i data

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Płocku**

**WNIOSEK**

**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

**Charakter wniosku** (zaznaczyć jedno): ☐ orzeczenie pierwszorazowe, ☐ ponowne orzeczenie,  
☐ zmiana stanu zdrowia, ☐ weryfikacja wskazania do karty parkingowej (konieczne oświadczenie).

Imię

Imię (drugie)

Nazwisko

PESEL

Data i miejsce urodzenia: .....

Nr i seria dowodu osobistego/legitymacji szkolnej: .....

Adres stałego zameldowania:

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

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

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

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

....., .....  
kod pocztowy poczta numer telefonu

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

Imię

Imię (drugie)

Nazwisko

PESEL

Data i miejsce urodzenia: .....

Nr i seria dowodu osobistego: .....

Adres do korespondencji:

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

....., .....  
kod pocztowy poczta numer telefonu

### Cel wydania orzeczenia:

cel podstawowy: .....

☐ odpowiednie zatrudnienie, ☐ szkolenia, ☐ uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,  
☐ konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, ☐ korzystanie  
z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, ☐ korzystanie z karty  
parkingowej, ☐ świadczenia z pomocy społecznej, ☐ zasiłek pielęgnacyjny, ☐ uzyskanie przez  
opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego, ☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju, ☐ uzyskanie  
przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze, ☐ inne (jakie?) .....

### Sytuacja społeczna:

- stan cywilny .....

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania

	samodzielnie	z pomocą	opiekun
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie .....

- zawód wyuczony .....

- wykonuję pracę zarobkową ☐ TAK, ☐ NIE

- zawód wykonywany .....

### Oświadczenia (\*niepotrzebne skreślić):

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram\*** świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia

O (podać jakiego) .....  
wydanego przez: ZUS/KRUS/MSWiA w .....

2. Oświadczam, że **posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o **niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności\*** wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki\*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....

data wydania: .....

wynik komisji: .....

3. 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.**

4. Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w trybie określonym postanowieniami ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 z 1997 r., poz. 883)*

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