**Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień**

Nr sprawy: …………………………. ………………………………………...

 ( numer nadaje Zespół ) data przyjęcia, podpis osoby przyjmującej wniosek

4

 Wąbrzeźno, dnia ..................................

**Imię i nazwisko** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./ …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Data urodzenia**….……...………...………………….. **Miejsce urodzenia** .....…………………..............…………

**Adres zamieszkania** **(stałego wg dokumentów)** …..………………………………………..............……………..
**Adres pobytu** …..………………………………………..............…………………..................................................

**Adres do korespondencji** ….…….................................................……………………….……..…………………..
**Nr PESEL**  /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./ **Nr, seria dowodu osobistego** .….....................……….....

**Nr telefonu** …………………………………………..…………………………………

**Dane przedstawiciela ustawowego – wypełniane tylko w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona.**

**Gdy nie zachodzi w/w okoliczność zaznaczyć „NIE DOTYCZY”**

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego**  /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…/

**Adres zamieszkania / adres korespondencyjny przedstawiciela ustawowego:**  .................................................................

........................................................................................................................................................................................................

**Seria i nr dowodu osobistego** ................................................................; **Nr telefonu** ..............................................

**Komisja pierwszorazowa □ Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania**

**Komisja kolejna □ o Niepełnosparwności**

 **ul. Wolności 44**

 **87 – 200 Wąbrzeźno**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień dla celów:** *( odpowiednie zaznaczyć )*

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie
 z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. Ubiegania się o zasiłek stały,
7. Ubiegania się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej,
8. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,
9. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
10. Inne ….......…………………………………………………………………………………....................

 proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna

**Uzasadnienie wniosku:**

1. **Sytuacja społeczna**: stan cywilny …..…......................... ; stan rodziny *(* ilość osób wspólnie zamieszkujących *)* .................

 **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania**:

 - wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

 - poruszanie się w środowisku **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

 - prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

**2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego**: **niezbędne / wskazane / zbędne\***; **nie korzystam / korzystam\*,**

**3. Sytuacja zawodowa**:

- wykształcenie ………..…………………….....………...........................; zawód / przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje ......................................................................................................................................................................................................
obecne zatrudnienie **nie pracuję / pracuję\*** (podać gdzie) …………….……………..........................……………..…………..……..........

Oświadczam że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień zostanie wydane na podstawie posiadanego orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, w związku z powyższym stopień niepełnosprawności zostanie określony zgodnie z art. 5 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ( Dz.U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm) ).

2. Zostałem/am poinformowany/a, że orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień zostanie wydane na podstawie bezpośredniego badania.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.

4. Posiadam orzeczenie wydane przez *ZUS, OKiZ, KRUS, MSWiA, MON*\* w ..................................................….........……...., dnia ................................................................................ ze skutkiem ( podać grupę inwalidzką / niezdolność do pracy ) .................................................... Orzeczenie wydano na okres do ......................................................................./ na stałe.

5. Nie posiadam ważnego orzeczenia o stopnia niepełnosprawności wydanego przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

6. Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących mojej osoby, utrwalenie ich oraz przetwarzanie zgodnie z celem określonym w złożonym wniosku.

7. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

*\* odpowiednie zaznaczyć*

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną**

**zgodnie z poniższą informacją**

..................................................................................................

 Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

**Informacja!**

do **oryginału wniosku** należy załączyć:

**1. Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** ( zgodnie z art. 76a kpa **-** kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia, tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym ) **umożliwiające zaliczenie do osób niepełnosprawnych i ustalenie daty powstania tej niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności,**

 **Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który wydał dokument** ( np. kopię historii choroby potwierdza Poradnia, która jest w posiadaniu oryginału historii choroby ) **lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia.**

 **Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami *( oryginał dokumentu do wglądu Zespołu )***, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności***.***

 **Dokumentację medyczną stanowią**: karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z poradni specjalistycznych i POZ, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; zdjęcia rtg i opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia ...

**2. Ważne orzeczenie o inwalidztwie** ( I, II lub III grupie inwalidzkiej ) lub **ważne orzeczenie niezdolności do pracy** ( częściowej, całkowitej ) lub **o niezdolności do samodzielnej egzystencji**, określone w art. 5 i 62 w/w ustawy.