



.....dnia .....r.  
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego Zespołu  
do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności  
w Świeciu

Miejsce na adnotacje urzędowe

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu  
niepełnosprawności (powyżej 16 roku życia) na podstawie § 2 pkt 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 2021r. poz. 857)**

**Wniosek składam:**

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia  
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia  
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL  obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości.....seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania) .....

.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

**Dane przedstawiciela ustawowego: (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni)**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL  obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości.....seria i numer.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania).....

.....

Numer telefonu

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

## Wniosek składam dla celów:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                   |
| <input type="checkbox"/> szkolenia   | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej                                     | <input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                                  |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze           | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji          | <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej                                     |
| <input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów      |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego   | <input type="checkbox"/> inne (wymienić): .....  |
- .....

## Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej

Stan cywilny:\*  wolny/a,  żonaty/mężatka,  wdowiec/wdowa,  inne .....

Sytuacja rodzinna:\*  samotny,  posiada rodzinę/osoby bliskie:.....

Warunki mieszkaniowe: .....

Liczba osób zamieszkujących razem:.....

Źródła dochodu:\*  wynagrodzenie,  na utrzymaniu rodziny,  pomoc społeczna,  zasiłek dla bezrobotnych,  emerytura/renta,  brak,  inne: .....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:\*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:\*  nie  tak, jeśli tak, wymienić:.....

Sytuacja zawodowa:

✓ wykształcenie: .....

✓ aktywność zawodowa:\*

aktywny zawodowo,  bezrobotny,  uczeń/student,  emeryt/rencista  
staż pracy: .....

✓ zawód aktualnie wykonywany: .....

✓ doświadczenie zawodowe: .....

✓ .....

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

## Oświadczenia:

1.  Nie pobieram/  Pobieram\* następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:  emerytura,  renta rodzinna,  świadczenie rehabilitacyjne,  renta z tytułu niezdolności do pracy  inne (jakie?).....
2.  Nie składałem/am/  Składałem/am\* uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu..... r.  
 Nie posiadam/ Posiadam\* orzeczenie o..... stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia..... r.
3.  Mogę/  Nie mogę\* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć **zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby**).
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że niezuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).
6. 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.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną i znam przysługujące mi prawa.

## Załączniki:

1. Dokumentacja medyczna
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana
3. Kopie posiadanych orzeczeń
4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):

.....  
.....

Podpis osoby składającej wniosek<sup>1</sup>

.....  
(imię i nazwisko)

<sup>1</sup> podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego

\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem



--	--

Miejscowość

Data

--

Imię i nazwisko

--

PESEL

## Oświadczenie

*o miejscu pobytu stałego*

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności<sup>1</sup>, zgodnie z którym pobyt stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że<sup>2</sup>:

- moim miejscem pobytu stałego
- miejscem pobytu stałego dziecka
- miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek

jest:

--

adres miejsca pobytu stałego

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny<sup>3</sup> „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” potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

--

podpis oświadczającego

<sup>1</sup> Dz. U. z 2022r., poz. 1191 tekst jednolity ze zmianami.

<sup>2</sup> Zakreślić właściwe pole.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022r. tekst jednolity ze zmianami.



**Uwaga! Niniejsze zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia.**

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub  
praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

## **Zaświadczenie o stanie zdrowia**

**wydane dla potrzeb**

**Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Ulica		Nr budynku i lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
PESEL		Seria i nr dowodu osobistego	

### **1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

### **2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium**

### **3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące**

Uwaga! Niniejsze zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia.

**4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja**

**5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie**

**6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)**

**7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

**Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?**

Tak /  Nie<sup>1</sup>

**Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?**

Rok

**Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?**

Rok

**Wyżej wymieniona osoba wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.**

Tak /  Nie<sup>2</sup>

**Wyżej wymieniona osoba jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.**

Tak /  Nie<sup>3</sup>

**U wyżej wymienionej osoby  nastąpiło /  nie nastąpiło<sup>4</sup> istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.<sup>5</sup>**

Pieczętka i podpis lekarza

<sup>1</sup> Zakreślić właściwe

<sup>2</sup> Zakreślić właściwe

<sup>3</sup> Zakreślić właściwe

<sup>4</sup> Zakreślić właściwe

<sup>5</sup> Wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności



## Niezbędne dokumenty

- 1. WNIOSEK-** wypełnia osoba zainteresowana, należy dokładnie wypełnić wszystkie punkty na wszystkich trzech stronach, na końcu złożyć czytelny, własnoręczny podpis. **(nieuzupełniony wniosek nie zostanie przyjęty)**
- 2. ZAŚWIADCZENIE-** wypełnia lekarz, ważne jest 30 dni od daty wystawienia. Należy pamiętać o pieczęcie nagłówkowej zakładu opieki zdrowotnej oraz pieczęcie i podpisie lekarza. **(zaświadczenie, które utraciło swoją ważność lub nie posiada niezbędnych pieczętek nie zostanie przyjęte)**
- 3. DOKUMENTACJA MEDYCZNA-** historia choroby, wypisy ze szpitala, wyniki badań itp. Wnioskodawca może dostarczyć kopię dokumentacji. Wszystkie strony kopii muszą być właściwie potwierdzone za zgodność z oryginałem **(pieczętka nagłówkowa szpitala bądź przychodni, imienna pieczętka i parafa osoby potwierdzającej lub w przypadku braku imiennej pieczętki czytelny podpis osoby potwierdzającej oraz data)**. Dokumentację medyczną mogą potwierdzić tylko pracownicy szpitala/przychodni, z której pochodzi lub notariusz. Po okazaniu oryginału wraz z kserokopią za zgodność z oryginałem mogą potwierdzić pracownicy Zespołu.  
**NIEPOTWIERDZONA LUB POTWIERDZONA NIEZGODNIE Z WYŻEJ WSKAZANYM ZAPISEM DOKUMENTACJA NIE ZOSTANIE PRZYJĘTA**
- 4. W przypadku, kiedy wniosek jest składny w celu weryfikacji orzeczenia w związku z uzyskaniem prawa do karty parkingowej – oświadczenie**

Tak skompletowaną dokumentację należy złożyć w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności. **(w przypadku braku, któregoś z wymienionych punktów dokumentacja nie zostanie przyjęta)**

**Wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia. Jeżeli wniosek jest składny w związku ze zmianą stanu zdrowia może zostać złożony w każdym czasie.**