



**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Odpowiedniego zatrudnienia   | <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                   |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia  | <input type="checkbox"/> Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                |
| <input type="checkbox"/> Uczestnictwa w terapii zajęciowej  | <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                                  |
| <input type="checkbox"/> Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, | <input type="checkbox"/> Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów         |
| <input type="checkbox"/> Korzystania z karty parkingowej  | <input type="checkbox"/> Inne (wymienić jakie): .....  |
| <input type="checkbox"/> Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej                               | .....  |
|   | .....  |

**Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwie zaznaczyć krzyżykiem):**

**1) Stan cywilny:**

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> panna        | <input type="checkbox"/> kawaler      |
| <input type="checkbox"/> zamężna      | <input type="checkbox"/> żonaty       |
| <input type="checkbox"/> w separacji  | <input type="checkbox"/> w separacji  |
| <input type="checkbox"/> rozwiedziona | <input type="checkbox"/> rozwiedziony |
| <input type="checkbox"/> wdowa        | <input type="checkbox"/> wdowiec      |

**2) Wykształcenie:**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> bez wykształcenia szkolnego |
| <input type="checkbox"/> podstawowe                  |
| <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe         |
| <input type="checkbox"/> średnie                     |
| <input type="checkbox"/> wyższe                      |

**3) Źródła dochodu**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wynagrodzenie            | <input type="checkbox"/> emerytura            |
| <input type="checkbox"/> na utrzymaniu rodziny    | <input type="checkbox"/> renta z tytułu ..... |
| <input type="checkbox"/> pomoc społeczna          | <input type="checkbox"/> brak                 |
| <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> inne .....           |

**4) Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

- nie       tak, jakiego: .....

5) **Czy aktualnie wykonuje Pan/Pani pracę zarobkową ?**       tak       Nie

6) **Zawód wyuczony**.....

7) **Zawód wykonywany** .....

8) **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
wykonywanie czynności samoobsługowych (np. mycie się, ubieranie i rozbieranie się, spożywanie posiłków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, komunikowanie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprząatanie, gotowanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Oświadczam, że:**

- 1)  Nie posiadam /  Posiadam orzeczenie o ..... stopniu  
(lekkim, umiarkowanym, znacznym)  
niepełnosprawności, wydane w dniu ..... r., ważne do dnia .....
- 2)  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności
- 3)  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym
- 4) W razie stwierdzonej przez powiatowy zespół konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
- 5) **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 (Dz.U. 2017 poz. 1257 ze zm.)**  
§ 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.
- 6) **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**  
**Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2017, poz. 2204, ze zm.)**  
§ 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.
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 2017, poz. 2204, ze zm.)**  
§ 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.
- 8) **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kędzierzynie-Koźlu dla potrzeb związanych z realizacją zadań związanych z wydaniem orzeczenia o niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016, poz.922 ze zm.)**

## **UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- **Oryginał wniosku** (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),
- **Oryginał zaświadczenia lekarskiego** (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
- **Uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu**, którą stanowią min.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
- **Kserokopie poprzednich orzeczeń (oryginał do wglądu)** - jeśli były wydane:
  - zespołu ds orzekania o niepełnosprawności,
  - o niezdolności do pracy (ZUS),
  - o grupie (KIZ, KRUS, MON)