

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA OSÓB
MIĘDZY 16 – 18 ROKIEM ŻYCIA**

Nr sprawy data.....

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela dziecka

PESEL przedstawiciela dziecka

Dokument stwierdzający tożsamość przedstawiciela dziecka.....

Numer i seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania przedstawiciela dziecka

Adres do korespondencji:.....

Numer telefonu.....

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia - **nie wcześniej niż na 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 2015 r., poz. 1110)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia (§ 15 ust. 2 wyżej powołanego rozporządzenia)

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

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

- Odpowiedniego zatrudnienia
- Szkolenia w tym specjalistycznego
- Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- Zasiłku pielęgnacyjnego
- Konieczności opieki lub pomocy innej osoby
- Konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- Spełniania przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.)
- Prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Korzystania z ulg i uprawnień

Uzasadnienie wniosku

1. Sytuacja społeczna

Stan cywilny.....stan rodzinny.....
(ilość osób na wspólnym utrzymaniu)

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

3. Wykształcenie.....

* właściwe zaznaczyć symbolem x w kratce

Oświadczam, że:

1. Pobieram nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego

jakie.....
od kiedy.....

2. Aktualnie toczy się nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznym, podać jakim.....

3. Składałem/am nie składałem/am uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności
kiedy.....
z jakim skutkiem.....

4. Mogę nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego, (jeżeli nie, to
należy załączyć zaświadczenie lekarskie poświadczające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu
z powodu długotrwałej lub 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 nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem
świadomy/a wymogu poniesienia ich kosztów we własnym zakresie.

W załączeniu do wniosku przekazuję: (**Uwaga!** wymienione niżej dokumenty należy
obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu ds. Orzekanie o
Niepełnosprawności)

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego, wypełnione czytelnie we
wszystkich rubrykach, wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku;

2. kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej;

3. inne dokumenty, podać

jakie.....
.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i mojego dziecka
przez administratora danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Olsztynie
zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn.
zm.) gromadzonych w Elektronicznym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które
przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem
świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

* właściwe zaznaczyć symbolem x