

**Wniosek o wydanie orzeczenia o  
stopniu niepełnosprawności**

nr sprawy .....

data .....

**Imię i nazwisko**.....

**Data urodzenia i miejsce urodzenia**.....

**Nr PESEL**..... **Nr i seria dowodu osobistego**.....

**Adres zamieszkania**.....

**Adres do korespondencji**.....

**Nr telefonu**.....

...

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**( wypełnić tylko w przypadku osób  
ubezważnionych lub w wieku pomiędzy 16-18 rokiem życia)

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL..... Nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

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

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

♦odpowiednie zatrudnienie.....

♦szkolenie.....

♦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.....

♦korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej.....

♦uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego.....

♦uzyskanie przez opiekuna zasiłku pielęgnacyjnego.....

♦zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju.....

♦uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze czasu.....

♦korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.....

♦innych (wymienić jakich).....

## 1. Sytuacja społeczna :

stan cywilny.....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą
wykonywanie czynności samoobsługowych	*	*
prowadzenie gospodarstwa domowego	*	*
poruszanie się w środowisku	*	*

## 2. Sytuacja zawodowa:

a) wykształcenie.....zawód wyuczony.....

b) obecnie zatrudniony.....

c) zawód wykonywany.....

### Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenia (nie pobieram)\* rentowne:  
jeśli tak to jakie?

.....  
.....

3. Nie składałem/am lub ( składałem/am)\* uprzednio wniosek w sprawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ niepełnosprawności: jeżeli tak to kiedy.....  
z jakim skutkiem.....do kiedy ważne.....

4.Nr. ostatniego orzeczenia.....

5.Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie  
jakie.....

6. 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 nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy 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.

\*niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_ podpis osoby zainteresowanej lub jej  
przedstawiciela ustawowego