

**Wniosek**  
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy:

*Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie,  
pismem drukowanym, dużymi literami.*

**DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
<b>PESEL</b>																												
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																								
DATA URODZENIA	Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok																											
MIEJSCE URODZENIA																												
OBYWATELSTWO																												
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																												
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)</li> </ol>																											

**ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

MIEJSCOWOŚĆ																												
ULICA, NR DOMU, LOKALU																												
KOD POCZTOWY	-																											
POCZTA																												
NR TELEFONU KONTAKTOWEGO																												

**ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)**  
**UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI**

MIEJSCOWOŚĆ																												
ULICA, NR DOMU, LOKALU																												
KOD POCZTOWY	-																											
POCZTA																												

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

NAZWISKO																												
IMIĘ 1																												
IMIĘ 2																												
PESEL																												
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																								
DATA URODZENIA	Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok																											
MIEJSCE URODZENIA																												
OBYWATELSTWO																												
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																												
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> </ol>																											

**ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>																			
<b>ULICA, NR DOMU, LOKALU</b>																			
<b>KOD POCZTOWY</b>			-																
<b>POCZTA</b>																			
<b>NR TELEFONU KONTAKTOWEGO</b>																			

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CEŁÓW:** Zaznaczyć X

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. 2021 poz. 450 tj.) <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne - wymieniń jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:** Zaznaczyć X

<b>STAN CYWILNY:</b>	kawaler / panna	
	żonaty / zamężna	
	separowany / separowana	
	wdowiec / wdowa	
	rozwódziany / rozwiedziana	
<b>WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH</b>	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
<b>PORUSZANIE SIĘ</b>	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
<b>PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>	samodzielnie	
	z pomocą	
	opieka	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	wyższe	
	średnie	
	zasadnicze	
	podstawowe	
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	
<b>ZAWÓD WYUCZONY</b>		
<b>CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?</b>		
<b>ZAWÓD WYKONYWANY</b>		

**OŚWIADCZENIA:**

Zaznaczyć X

<b>CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?</b>		
<b>NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO</b>	renta szkoleniowa	
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji	
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	
	renta rolnicza szkoleniowa	
	wojskowa renta inwalidzka	
	policyjna renta inwalidzka	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr	
	<b>CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?</b>	była
jest		

Czy ze względu na stan zdrowia zainteresowany/a może przybyć na posiedzenie sądu orzekającego? (Zaznaczyć X)  TAK  NIE

Wniosek składałem ze względu na:

Zaznaczyć X

<b>Pierwszy wniosek</b>	
<b>Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia</b> Nr orzeczenia ..... Data wydania ..... Termin ważności.....	
<b>Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego</b> Nr orzeczenia ..... Data wydania ..... Termin ważności..... (nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia zgodnie z §15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności Dz.U. 2021 r. poz. 857 tj.)	

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ ŻE JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY (zgodnie z art. 233 ustawy z dn. 06.06.1997 r. Kodeks karny)

....., dnia .....

.....  
(czytelny podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**INFORMACJE DODATKOWE****Do wniosku obowiązkowo należy dołączyć:**

- zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego na obowiązującym formularzu wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
- kopię AKTUALNEJ dokumentacji medycznej (przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez lekarza lub placówkę służby zdrowia albo kopię + oryginał do wglądu przy składaniu wniosku celem poświadczenia za zgodność z oryginałem),
- kopię (oryginał do wglądu) wydanego wcześniej przez inny Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o grupie inwalidzkiej lub wyrok sądu,
- kopię (oryginał do wglądu) postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa notarialnego do dokonywania czynności w imieniu osoby zainteresowanej.

**W dniu składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument tożsamości osoby zainteresowanej i przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika (w przypadku jego ustanowienia).**

Wniosek składa się do Zespołu ze względu na właściwość miejscową ustalaną według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych. Właściwość miejscową Zespołu orzekającego ustala się według miejsca pobytu w przypadku osób:

- bezdomnych,
- przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
- przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
- przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

# Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(wpisuje petent - ułożyć według daty sporządzenia)

**Nie przyjmujemy oryginałów – wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

Lp.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

**WSZELKA DOKUMENTACJA ZŁOŻONA W POSTĘPOWANIU W SPRAWIE USTALENIA STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI JEST AUTENTYCZNA I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA PRZESTĘPSTWA PRZECIWKO WIARYGODNOŚCI DOKUMENTÓW (zgodnie z art. 270 ustawy z dn. 06.06.1997 r. Kodeks karny)**

**Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).**

Administratorem podanych przeze mnie danych osobowych jest **Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Skierniewicach al. Niepodległości 4, 96-100 Skierniewice.**

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy pod adresem [iod@bodo24.pl](mailto:iod@bodo24.pl).

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Skierniewicach zadań określonych przepisami ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 poz. 573).

Dane osobowe zawarte w poniższym formularzu będą przetwarzane zgodnie z zapisami zawartymi w dokumencie Polityka prywatności.

Szczegółowe informacje o przysługujących prawach i zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych można znaleźć w Klauzuli informacyjnej na stronie [bip.moprskierniewice.pl](http://bip.moprskierniewice.pl) lub znajduje się ona do wglądu w siedzibie Zespołu.

.....  
( podpis pracownika MZOON przyjmującego oświadczenie)

.....  
( data i podpis osoby składającej oświadczenie)