

**Do Powiatowego Zespołu  
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Grodzisku Mazowieckim****Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności****Wniosek składam** (wybrać **jedną** z opcji):

- po raz pierwszy,  w związku ze zmianą w stanie zdrowia,  do wydania karty parkingowej,  
 w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**30 dni przed upływem terminu**)

**Do wniosku przedkładam w załączeniu:**

1. Oryginał **ważnego przez 30 dni - zaświadczenia lekarskiego** o stanie zdrowia.
2. Kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem **dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia** (wyniki badań, wypisy szpitalne, konsultacje, opinie specjalistów).
3. Kopie posiadanych orzeczeń.
4. Kserokopie dowodu tożsamości/paszportu.

**Dane osoby zainteresowanej**

Imię/drugie imię: | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| |

Nazwisko: | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| |

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

PESEL | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | |\_| | obywatelstwo .....

Dokument tożsamości / paszport: seria |\_| |\_| |\_| |\_| nr |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Adres zameldowania na pobyt stały kod |\_| |\_| -| |\_| |\_| |\_| miejscowość .....

ul. .... nr (domu i mieszkania) .....

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

.....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu .....

**Wniosek składam dla celów:** (główny cel zaznaczyć ■, pozostałe ☒)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia   | <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń pomocy społecznej                  |
| <input type="checkbox"/> szkolenia  | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                           |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej  | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego        |
| <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze               | <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju                          |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień (wymienić jakich)..... |
| <input type="checkbox"/> uzyskania karty parkingowej  | .....  |

**Sytuacja zawodowa:**

- wykształcenie: podstawowe/zawodowe/średnie/wyższe\*,  aktywny zawodowo,  bezrobotny,  
 uczeń/student\*,  emeryt/rencista\*. Zawód aktualnie wykonywany.....

**Sytuacja społeczna osoby zainteresowanej:**Stan cywilny:  kawaler/panna\*,  żonaty/mężatka\*,  wdowiec/wdowa\*,  inne .....

## **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

wykonywanie czynności samoobsługowych:  samodzielnie  z pomocą  konieczna opieka  
poruszanie się:  samodzielnie  z pomocą  konieczna opieka  
prowadzenie gospodarstwa domowego:  samodzielnie  z pomocą  konieczna opieka

## **Oświadczenia:**

- Nie pobieram/  pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego:  emeryturę,  rentę,  rentę rodzinną,  świadczenie rehabilitacyjne.
- Nie posiadam /  posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez PZON w..... z dnia..... na stałe/ważne do dnia \* ..... nr sprawy.....
- Mogę /  nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli zaznaczone nie mogę, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy*)
- W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej, **jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów wykonania badań we własnym zakresie** i o konieczności dostarczenia jej w wyznaczonym terminie. Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
- Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
- 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.**

**Dane przedstawiciela ustawowego** (*uzupełnione tylko w przypadku: niepełnoletniego dziecka lub opiekuna prawnego ustanowionego orzeczeniem sądu dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej-kserokopia w załączeniu*)

Imię/drugie imię: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

Dokument tożsamości: seria | | | | | | nr | | | | | | | | | |

Adres zameldowania na pobyt stały kod | | | | - | | | | | miejscowość .....

ul..... nr ..... nr telefonu .....

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

.....

- \* **właściwe podkreślić**  
 **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

.....  
Podpis osoby zainteresowanej lub  
jej przedstawiciela ustawowego

---

**Ta część dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....  
Stwierdzenie własnoręcznego podpisu przez  
Pracownika socjalnego

.....  
Podpis osoby zainteresowanej lub  
jej przedstawiciela ustawowego