



Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. stan cywilny:  kawaler/panna,  żonaty/mężatka,  wdowiec/wdowa,  inne.....
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania / **właściwe podkreślić** /
- a/ wykonywanie czynności samoobsługowych      samodzielnie | z pomocą | konieczna opieka\*
- b/ poruszanie się      samodzielnie | z pomocą | konieczna opieka\*
- c/ prowadzenie gospodarstwa domowego      samodzielnie | z pomocą | konieczna opieka\*
3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego ( jakiego ? ).....
- .....
4. wykształcenie:  niepełne podstawowe,  podstawowe,  zawodowe,  średnie,  wyższe\*
- zawód wyuczony.....
- aktywny zawodowo,  bezrobotny,  uczeń/student,  emeryt/rencista\*
5. aktualne miejsce pracy.....wykonywany zawód .....
- forma zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilna)\*, wymiar czasu pracy .....

Oświadczam, że :

1. Pobieram **emeryturę / rentę\***, podać z jakiej instytucji.....
2. Aktualnie **toczy się (nie toczy się\*)** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim (ZUS, Sąd, Wojewódzki Zespół).....
3. **Posiadam (nie posiadam\*)** orzeczenie – podać jakie, przez kogo wydane .....
- ..... ważne do.....
4. **Skladałem/am (nie składałem/am)** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ..... i jaki orzeczono stopień.....
5. Na posiedzenie składu orzekającego:\*
- **mogę przybyć samodzielnie,**
  - **przybędę z opiekunem,**
  - **nie mogę przybyć** ( w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

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

Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego dziecka/ danych osobowych mojego podopiecznego\* dla potrzeb niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej\*, zgodnie z art.6 ust.1. lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Oświadczam, że zgadzam się na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartej w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej w moim miejscu zamieszkania lub pobytu, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności.

W załączeniu przedkładam \*:

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia, wydane nie później niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowa rtg, MR, TK, badania psychologiczne i inne,
3. Kserokopię orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS, orzeczenie KIZ o grupie inwalidzkiej, orzeczenie KRUS, orzeczenie komisji branżowej (MSWiA, WKL).

**Kopię dokumentacji medycznej należy składać wraz z wnioskiem a oryginały do wglądu Wniosek należy składać wraz z dokumentem tożsamości ( do wglądu )**

\*właściwe podkreślić, zaznaczyć krzyżykiem

.....  
(czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego)