

Nr sprawy
(wypełnia organ)

....., dnia
(miejscowość)

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Grudziądzu**

*na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021, poz. 857)*

Wniosek składam:*

- o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (dla osób, które nie posiadają ustalonego stopnia niepełnosprawności)
- w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (na podstawie § 15 ust. 1 w/w rozporządzenia)
- w związku ze zmianą stanu zdrowia (na podstawie § 15 ust. 2 w/w rozporządzenia)
- o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej (dla osób posiadających orzeczenie wydane do dnia 30.06.2014 r., art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2022 r., poz. 988 z późn. zm.) - do wniosku należy załączyć stosowne oświadczenie

Dane osobowe osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer PESELPłeć: kobieta, mężczyzna*

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numerObywatelstwo.....

Adres zameldowania na pobyt stały/ tymczasowy*.....

Miejsce pobytu trwającego powyżej 2 miesięcy ze względów rodzinnych lub zdrowotnych (jeśli jest inne niż miejsce pobytu stałego).....

Adres do doręczeń (jeśli jest inny niż adres zameldowania lub pobytu)

- Bez adresu zameldowania - wypełnić oświadczenie dotyczące miejsca stałego pobytu

Numer telefonu¹

Dane **przedstawiciela ustawowego lub** **opiekuna prawnego lub** **pełnomocnika*** (wypełnia się w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych, gdy wniosek jest składany przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Imię i nazwisko

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numerObywatelstwo.....

Adres zameldowania na pobyt stały/tymczasowy*.....

Miejsce pobytu trwającego powyżej 2 miesięcy ze względów rodzinnych lub zdrowotnych (jeśli jest inne niż miejsce pobytu stałego).....

Adres do doręczeń (jeśli jest inny niż adres zameldowania lub pobytu)

- Bez adresu zameldowania - wypełnić oświadczenie dotyczące miejsca stałego pobytu

Numer telefonu²

¹ Dane uzyskane na podstawie zgody osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika
*właściwe zaznaczyć

Wniosek składam dla celów: *

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej, np.: zasiłku stałego
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- korzystania z karty parkingowej
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- innych (jakich?):.....

Cel podstawowy..... (wskazać jeden z celów wyżej wymienionych)

Uzasadnienie wniosku

1. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej.

1.1 Sytuacja społeczna:

Stan cywilny:* kawaler/panna, żonaty/mężatka, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona, inny, jaki

Sytuacja rodzinna:* osoba samotna, osoba posiadająca rodzinę/osoby bliskie:

Warunki mieszkaniowe:* dom jednorodzinny, dom wielorodzinny, zamieszkiwana kondygnacja, ilość pokoi

Liczba osób zamieszkujących wspólnie (podać nie uwzględniając wnioskodawcy):

Źródła dochodu osoby zainteresowanej:* wynagrodzenie, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna, zasiłek dla bezrobotnych, emerytura, renta, brak, inne:

1.2 Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy osoba korzysta z przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych lub pomocy technicznych:* nie tak,

jeśli tak, wymienić z jakich

1.3 Sytuacja zawodowa:

– wykształcenie: * brak wykształcenia, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe

– aktywność zawodowa: *

aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń, student, emeryt, rencista

– staż pracy

– zawód aktualnie wykonywany

– doświadczenie zawodowe (wykonywane zawody, uprawnienia, szkolenia, kursy)

.....
.....

² Dane uzyskane na podstawie zgody osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika
*właściwe zaznaczyć

Oświadczam, że:

1. **Nie pobieram/** **Pobieram*** następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego*: emerytura, renta rodzinna, świadczenie rehabilitacyjne, renta z tytułu niezdolności do pracy inne (jakie?)
.....od kiedy?.....
2. **Nie składałem/am** **Skladałem/am*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w w roku
3. **Nie posiadam/** **Posiadam*** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wydane przez Powiatowy / Wojewódzki* Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w..... w dniu..... ważne do dnia
4. **Mogę/** **Nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu nierokującej poprawy i długotrwałej choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo*).
5. **Aktualnie** **nie toczy się /** **toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim)
.....
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:
 - Przewodniczący Powiatowego Zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania,
 - Zespół może skierować osobę zainteresowaną na badania specjalistyczne do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bydgoszczy (badania specjalistyczne przeprowadzane przez Wojewódzki Zespół na podstawie skierowania Powiatowego Zespołu są nieodpłatne),
 - 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 zobowiązany/a do ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 z późn. zm.) – przyjmuję do wiadomości, iż w toku postępowania mam obowiązek zawiadomić Powiatowy Zespół o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania w/w obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
8. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 z późn. zm.)³ oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
9. Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów określone w art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 z późn. zm.)⁴.

³ Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 z późn. zm.)

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze za czyn określony w § 1a, kto składa fałszywe zeznanie, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania.

§ 4. Kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu określonym w § 1, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 4 działa nieumyślnie, narażając na istotną szkodę interes publiczny, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 5. Sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia, jeżeli:

1) fałszywe zeznanie, opinia, ekspertyza lub tłumaczenie dotyczy okoliczności niemogących mieć wpływu na rozstrzygnięcie sprawy,
2) sprawca dobrowolnie sprostuje fałszywe zeznanie, opinię, ekspertyzę lub tłumaczenie, zanim nastąpi, chociażby nieprawomocne, rozstrzygnięcie sprawy.

§ 6. Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej.

⁴ Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 z późn. zm.)

*właściwe zaznaczyć

W załączeniu do wniosku przedkładam:*

- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia **wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.**
- Kopię (potwierdzoną za zgodność z oryginałem) posiadanej dokumentacji medycznej.
- Kopię (oryginał do wglądu)* wydanego wcześniej orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wyroku sądu.
- Do wglądu dokument tożsamości * osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika.
- Kopię (oryginał do wglądu)* postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej, sporządzonego notarialnie pełnomocnictwa do dokonywania czynności w imieniu osoby zainteresowanej.
- Inne dokumenty, podać jakie:

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Dotyczy zgody na przetwarzanie numeru telefonu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Grudziądzu danych dotyczących numeru telefonu wskazanego w złożonym przeze mnie wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w postępowaniu w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Zostałam/em poinformowana/y o prawie cofnięcia zgody na przetwarzanie numeru telefonu w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Cofnięcie zgody może nastąpić w formie pisemnej lub ustnej.

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Oświadczenie

Otrzymałam/łem pisemną informację o zasadach przetwarzania danych osobowych wynikającą z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej Seria L Nr 119 z 04.05.2016 r.)

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Adnotacje urzędowe pracownika przyjmującego wniosek

Potwierdzam zgodność danych osobowych zawartych we wniosku z okazanym przez wnioskodawcę dokumentem tożsamości:

.....
(określić rodzaj i nr oraz datę wydania dokumentu tożsamości)

.....
(data, podpis i pieczęćka pracownika)

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

*właściwe zaznaczyć