

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

--

adnotacje urzędowe

Nr sprawy: PCPR.PZO.6231- .....

Leżajsk, data .....

Nazwisko												
Imiona												
Data i miejsce urodzenia												
PESEL												
Obywatelstwo												
Numer dokumentu tożsamości <i>(wybrać 1 dokument)</i>	legitymacja szkolna									prawo jazdy		
	Nr dowód osobisty seria i nr									Nr Paszport seria i nr		
Telefon kontaktowy												

Adres zameldowania na pobyt stały .....

kod / \_ / \_ / - / \_ / \_ / \_ / \_ / miejscowość .....

Adres miejsca pobytu .....

*(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)*

Adres do korespondencji .....

*(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania lub pobytu)*

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego** .....

*(w przypadku osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Dokument tożsamości przedstawiciela ustawowego .....

*(rodzaj, numer i seria)*

Adres zameldowania / pobytu przedstawiciela ustawowego: .....

kod / \_ / \_ / - / \_ / \_ / \_ / \_ / miejscowość .....

*Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Leżajsku  
ul. Skłodowskiej 8  
37-300 Leżajsk*

**Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:**

- po raz pierwszy
- z powodu zmiany stanu zdrowia
- z powodu upływu ważności orzeczenia (nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia). Orzeczenie ważne do: .....

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

	odpowiedniego zatrudnienia
	szkolenia
	uczestnictwa w terapii zajęciowej
	konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
	karta parkingowa
	korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
	uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
	uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
	uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
	korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

**CEL PODSTAWOWY** .....  
(wpisać jeden z wyżej wymienionych)

**1. Sytuacja społeczna:**

a) stan cywilny \*

	kawaler / panna
	żonaty / zamężna
	wdowiec / wdowa
	rozwódziony / rozwiedziona
	separowany / separowana

**2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:\***

**samodzielnie**

**z pomocą**

**opieka**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) poruszanie się w środowisku           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) prowadzenie gospodarstwa domowego     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. Sytuacja zawodowa:**

a) wykształcenie\*

	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
	podstawowe
	zasadnicze
	średnie
	wyższe

b) zawód wyuczony .....

c) czy aktualnie wykonuje Pan/i pracę zarobkową?\* TAK / NIE

d) zawód wykonywany .....

Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie wydane przez inny uprawniony organ.\*

- o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich wydane przez .....
- o niezdolności do pracy wydane przez .....
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez .....

**Oświadczam, że:**

**1. pobieram\* (nie pobieram\*) świadczenia rentowe.**

<input type="checkbox"/>	renta szkoleniowa
<input type="checkbox"/>	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	renta rolnicza szkoleniowa
<input type="checkbox"/>	wojskowa renta inwalidzka
<input type="checkbox"/>	policyjna renta inwalidzka
<input type="checkbox"/>	renta inwalidzka z powodu I grupy
<input type="checkbox"/>	renta inwalidzka z powodu II grupy
<input type="checkbox"/>	renta inwalidzka z powodu III grupy
<input type="checkbox"/>	renta rodzinna

**2. aktualnie toczy się\* (nie toczy się\*)** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim.....

**3. mogę\* (nie mogę\*)** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

**4.** 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 wymogów ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

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

.....  
podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**\*odpowiednie zaznaczyć**

## INFORMACJE DODATKOWE:

1. Do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy załączyć zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – **ORYGINAŁ** - zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących.
2. Do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności **należy załączyć posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia np.:** (karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie, historie choroby oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności) - **kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.**
3. Jeżeli wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności składa **opiekun prawny**, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.**
4. Godziny urzędowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Leżajsku: **Poniedziałek – Piątek od 7.30 do 15.30 / Telefon kontaktowy: 17 240 25 25**

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.) informuje się, że Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Leżajsku – Mariusz Konior, z siedzibą: ul. Marii Curie – Skłodowskiej 8, 37-300 Leżajsk, e-mail: [pcprlezajsk@gmail.com](mailto:pcprlezajsk@gmail.com), tel. 17 242 82 58. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: [iod@starostwo.lezajsk.pl](mailto:iod@starostwo.lezajsk.pl). Szczegółowych informacji na temat przetwarzania Państwa danych osobowych można uzyskać od pracowników Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Leżajsku oraz z tablicy ogłoszeń.