



# Starostwo Powiatowe w Myślenicach

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
32-400 Myślenice, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. 12 372 76 68

## Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy

(miejscowość i data)

### Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania

Adres pobytu

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Nr tel.

### Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko

Adres zameldowania

Adres pobytu

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Miejsce urodzenia

Nr tel.

Do Powiatowego Zespołu  
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Myślenicach

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- |   |   |
|---|---|
| <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 warsztatach terapii zajęciowej,   | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,                  |
| <input type="checkbox"/> konieczności 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: korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,   |
| <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej,   | <input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, |
|   | <input type="checkbox"/> innych <input type="text"/>  |

Uzasadnienie wniosku :

### Sytuacja społeczna

stan cywilny

stan rodzinny

### Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

wykonywanie czynności samoobsługowych

samodzielnie

z pomocą

opieka

prowadzenie gospodarstwa domowego

poruszanie się w środowisku, zdolność do samodzielności

### Korzystanie ze sprzętu

korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne

wskazane

zbędne

Sytuacja Zawodowa

wykształcenie  
zawód wyuczony  
zawód wykonywany  
obecne zatrudnienie


Oświadczam, że\* :

- pobieram  nie pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego,  
jakie   
od kiedy
- aktualnie  toczy się  nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznicy,  
podać jakim
- składałem  nie składałem uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:  
kiedy   
z jakim skutkiem
- mogę  nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
- w razie stwierdzonej przez lekarza analityka oraz psychologa 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.
- przyjmuję do wiadomości, iż może zaistnieć potrzeba wykonania badań specjalistycznych w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie.
- zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Myślenicach (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

UWAGA

W przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności wydaje na wniosek osoby niepełnosprawnej lub jej przedstawiciela ustawowego legitymację dokumentującą stopień niepełnosprawności

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

--

czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub przedstawiciela ustawowego

Załączniki:

- ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA WYDANE PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO OSOBĘ SKŁADAJĄCĄ WNIOSEK
- DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ
- DOKUMENTACJĘ PSYCHOLOGICZNĄ
- KSEROKOPIĘ PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA KIZ, ZUS, KRUS LUB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
- INNE DOKUMENTY