

<b>W N I O S E K</b>
<b>W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>

Imię i nazwisko .....  
 Data urodzenia ..... miejsce urodzenia ..... obywatelstwo .....  
 Nr PESEL ..... seria i nr dowodu osobistego .....  
 Adres stałego zamieszkania .....  
 Adres pobytu .....

Nr telefonu: ..... Adres e-mail: .....

MZON.8421..... Poznań, dnia ..... 20..... rok

**MIEJSKI ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA  
o NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
ul. Kasprzaka 16  
60 - 237 P O Z N A Ń (pokój 123)**

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

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia specjalistycznego,
3. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji - korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. uzyskania zasiłku stałego,
7. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
8. korzystania z karty parkingowej,
9. innych - wymienić jakich? .....

**1. Sytuacja społeczna:** a) stan cywilny ..... stan rodzinny ..... osób.

**2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | - samodzielnie* - z pomocą* | - uzależniony od innych osób* |
| b) prowadzenie gospodarstwa domowego     | - samodzielnie* - z pomocą* | - uzależniony od innych osób* |
| c) poruszanie się w środowisku           | - samodzielnie* - z pomocą* | - uzależniony od innych osób* |

**3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: podać jakiego?**  
 .....

**4. Sytuacja zawodowa:** wykształcenie ..... zawód wyuczony .....  
 zawód wykonywany ..... forma zatrudnienia ..... wymiar czasu ..... godzin .....  
 obecne zatrudnienie (miejsce pracy) .....  
 zajmowane stanowisko .....

**Oświadczam, że:**

1. **Aktualnie pobieram \* (nie pobieram\*)** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. rentę ZUS\*/ emeryturę\*/ zasiłek pielęgnacyjny\*/ dodatek pielęgnacyjny\* / rentę rodzinną\*/ od kiedy: .....
2. **Aktualnie toczy się\* (nie toczy się)** / w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim: .....
3. **Skladałem/am\* (nie składałem/am\* )** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy ..... z jakim skutkiem .....
4. **Mogę\* (nie mogę\*)** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
5. **Posiadam\* (nie posiadam\*)** ważne orzeczenie - podać jakie? .....
6. **W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydanego przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

<b>Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.</b>
--

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Oryginał zaświadczenia o aktualnym stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego, ważne przez 30 dni od daty złożenia wniosku;
2. oryginały i kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania i konsultacje od lekarzy specjalistów, wyniki opisowe badań MR, RTG, USG, EEG, i inne dokumenty medyczne;
3. oryginał i kserokopię orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy lub orzeczenie KIZ o grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

\* **właściwe podkreślić i uzupełnić**  
 Wniosek wolny od opłaty skarbowej

(czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego)