

WYPEŁNIĆ NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

....., dnia .....r.  
(miejscowość) (data)

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
DO MIEJSKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W BIAŁYMSTOKU**

**Wniosek składam** (właściwie zaznaczyć krzyżykiem):

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ w celu przedłużenia ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**)
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia
- ☐ w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię/imiiona i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... Obywatelstwo .....

Adres zameldowania (stały, czasowy): .....

Adres zamieszkania/ do korespondencji: .....

Telefon kontaktowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Dane przedstawiciela ustawowego/ pełnomocnika** (wypełnić w przypadku, gdy osoba zainteresowana jest: dzieckiem w wieku od 16 do 18 lat, osobą ubezwłasnowolnioną – należy potwierdzić ten fakt właściwym dokumentem wydanym przez sąd, bądź wyznaczyła pełnomocnika- należy potwierdzić ten fakt pisemnym pełnomocnictwem):

Imię/imiiona i nazwisko .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania: .....

Adres zamieszkania/ do korespondencji: .....

Telefon kontaktowy 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):**

- ☐ 1. odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ 2. szkolenia,
- ☐ 3. uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- ☐ 4. konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, korzystania z rehabilitacji,
- ☐ 5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji – usługi socjalno – opiekuńcze, terapeutyczne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- ☐ 6. korzystania z uprawnień na podstawie ustawy Prawo o ruchu drogowym – karta parkingowa ON,
- ☐ 7. korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej,
- ☐ 8. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ 9. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ 10. uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- ☐ 11. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?) .....
- ☐ 12. ulgi komunikacyjne,
- ☐ 13. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej.

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna:

a) stan cywilny .....

b) zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- |   |  |
|---|--|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwie zakreślić)       |
| - poruszanie się w środowisku           | ..... samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwie zakreślić) |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego     | ..... samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwie zakreślić) |

c) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: ☐ tak ☐ nie

(jeśli tak, wymienić jakiego?) .....

2. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie .....
- b) zawód wyuczony .....
- c) obecne zatrudnienie:
- miejsce zatrudnienia: .....
  - wykonywany zawód: .....

**Oświadczam, że:**

1. **pobieram / nie pobieram\*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. renta/emerytura, \*, jeżeli tak to od kiedy .....
2. aktualnie **toczy się / nie toczy się \*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem lub sądem powszechnym (podać jakim): .....
3. **składałem(am) / nie składałem(am)\*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ....., z jakim skutkiem .....
4. **mogę / nie mogę\*** przybyć na posiedzenie sądu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej lub długotrwałej choroby).
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. **zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.** W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.
8. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za z lub zatajenie prawdy.
9. **wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**
10. **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.** Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Przewodniczący Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Białymstoku, ul. Waryńskiego 32A.

**\*właściwe zaznaczyć**

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego/ pełnomocnika

**Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....  
stwierdzenie własnoręcznego podpisu  
przez pracownika socjalnego

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

**UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia danego przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Ułożone chronologicznie **kserokopie poświadczane za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu**, wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
- ✓ **Kserokopie i oryginały do wglądu** wszystkich poprzednich orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.
- ✓ **Oświadczenie o miejscu pobytu stałego** (wypełnić w sytuacji, kiedy w przedstawionym do wglądu dokumencie tożsamości brak jest adresu zameldowania).