



**Stan cywilny:**

- panna/kawaler,  żonaty/zamężna,  wdowiec/wdowa,  rozwiedziona/rozwiedziony,  
 separowana/separowany

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

- |  |                                       |                                   |   |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| wykonywanie czynności samoobsługowych: | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> konieczna opieka |
| poruszanie się                         | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> konieczna opieka |
| prowadzenie gospodarstwa domowego      | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> konieczna opieka |

**wykształcenie:** niepełne podstawowe / podstawowe / zasadnicze zawodowe / średnie / wyższe

**zawód wyuczony** .....

zawód aktualnie wykonywany.....

**Oświadczam, że:**

- pobieram/  nie pobieram świadczenia rentowe:
- a)  renta szkoleniowa
- b) renta z tytułu : częściowej/  całkowitej niezdolności do pracy/ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- c) renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
- d)  renta rolnicza szkoleniowa
- e) wojskowa renta inwalidzka
- f) policyjna renta inwalidzka
- g) renta inwalidzka z powodu inwalidztwa  I grupy  II grupy  III grupy
- h)  renta rodzinna

- nie składałem/  składałem uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy (podać rok) .....
- orzeczony stopień (zaznaczyć właściwe)
- lekki / umiarkowany / znaczny/ ważność orzeczenia: na stałe / na czas określony do .....
- lekki / umiarkowany / znaczny/ ważność orzeczenia: na stałe / na czas określony do .....

mogę/ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. **(Jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby nierokującej poprawy).**

1. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie. Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
2. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

**UWAGA:** W celu kontynuacji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności aktualnego orzeczenia.

**Wniosek oraz aktualne zaświadczenie lekarskie należy złożyć w oryginałach i dołączyć:**

- kopie posiadanych orzeczeń,
  - oryginały lub uwierzytelnione kopie aktualnej dokumentacji medycznej (wyniki badań RTG, USG, TK, MR, karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie choroby leczenia ogólnego i specjalistycznego).
- W przypadku kopii każda ze stron potwierdzonej dokumentacji musi zawierać czytelny podpis lub parafkę z pieczętką imienną osoby potwierdzającej, pieczętką nagłówkową instytucji oraz datę.**

.....

czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela  
ustawowego osoby niepełnoletniej lub opiekuna prawnego  
w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej  
lub kuratora albo pełnomocnika