

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIENÍ**

(dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

--

adnotacje urzędowe

Nr sprawy: PCPR.PZO.6232-

Leżajsk, data

Nazwisko		
Imiona		
Data urodzenia		Miejsce urodzenia
PESEL		
Obywatelstwo		
Numer dokumentu tożsamości (wybrać 1 dokument)	legitymacja szkolna Nr	prawo jazdy Nr
	dowód osobisty seria i 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 / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

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

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

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

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
rozwidziony / 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 o:*

<input type="checkbox"/>	celowości przekwalifikowania zawodowego
<input type="checkbox"/>	całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	całkowitej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	częściowej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	zaliczeniu do I grupy inwalidów
<input type="checkbox"/>	zaliczeniu do II grupy inwalidów
<input type="checkbox"/>	zaliczeniu do III grupy inwalidów
<input type="checkbox"/>	stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
ważne na okres do: <input type="checkbox"/> na stałe	
wydane przez:*	
<input type="checkbox"/>	lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	komisją do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/>	lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Rolniczego
<input type="checkbox"/>	komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Rolniczego
<input type="checkbox"/>	komisję lekarską wojskową
<input type="checkbox"/>	komisję podległą MSWiA

Składałem /am* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

TAK

NIE

jeżeli tak, to kiedy.....

z jakim skutkiem:* **BN / stopień lekki / umiarkowany / znaczny**

orzeczenie ważne na okres do: / **na stałe**

Oświadczam, że 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 wskazaniach do ulg i uprawnień należy załączyć:
 - a) kserokopię orzeczenia - potwierdzoną za zgodność z oryginałem.
 - b) 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.
2. Jeżeli wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień składa **opiekun prawny**, to należy załączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.
3. 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: pcprleжайsk@gmail.com, tel. 17 242 82 58. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: iod@starostwo.leжайsk.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.