

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU**  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80  
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

Miejscowość i data .....

Nr sprawy .....

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

**Imię/imiiona i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Dokładny adres zameldowania** .....

**Dokładny adres aktualnego pobytu** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Seria i nr dowodu osobistego /paszportu, prawa jazdy/** .....

**Numer telefonu kontaktowego** .....

**Imię/imiiona i nazwisko opiekuna prawnego** .....

*/dotyczy wniosku składanego dla osoby pomiędzy 16 a 18 rokiem życia  
i osoby ubezwłasnowolnionej/*

**Seria i nr dowodu osobistego /paszportu, prawa jazdy/** .....

*/wnioskodawcy lub opiekuna prawnego dla osoby pomiędzy 16 a 18  
rokiem życia i osoby ubezwłasnowolnionej/*

**Dokładny adres zamieszkania opiekuna prawnego** .....

**PESEL opiekuna prawnego** .....

**I. Cel złożenia wniosku** /odpowiednie zakreślić krzyżykiem/:

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- korzystanie z karty parkingowej
- inne /jakie?/ .....

**II. Uzasadnienie wniosku** /odpowiednie zakreślić krzyżykiem/:

**1. Stan cywilny:**

- kawaler/panna    żonaty/zamężna    wdowiec/wdowa    rozwiedziony/rozwiedziona    separacja

**2. Wykonywanie czynności samoobsługowych:**

- samodzielnie    z pomocą    opieka

**3. Poruszanie się w środowisku:**

- samodzielnie    z pomocą    opieka

#### 4. Prowadzenie gospodarstwa domowego:

samodzielnie       z pomocą       opieka

#### III. Sytuacja zawodowa:

1. Wykształcenie: .....

2. Zawód: .....

3. Obecne zatrudnienie:

a/ miejsce pracy: .....

b/ od kiedy: .....

c/ wykonywany zawód: .....

#### IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram\*** świadczenia rentowe. Jeżeli tak, to **proszę załączyć kopię aktualnego orzeczenia ZUS, KRUS, KIZ.**

2. Oświadczam, że **nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\***. Jeżeli tak, to **proszę załączyć kopię orzeczenia.**

3. Oświadczam, że aktualnie **nie toczy się/toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym. Jeżeli tak, to proszę podać jakim: .....

*\*niepotrzebne skreślić*

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.**

.....  
*podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego*

#### DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. Ważne Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o niepełnosprawności w Malborku /oryginał/.

2. Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej potwierdzające chorobę zasadniczą, a w przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dokumentacji medycznej potwierdzającej choroby, wydanej po dniu otrzymania ostatniego orzeczenia /historia choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp./.

3. W przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności kserokopię tego orzeczenia.

**W PRZYPADKU POSIADANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MOŻNA ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI PRZED UPLYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.**

**W PRZYPADKU POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA POŚWIADCZONEGO PRZEZ LEKARZA W ZAŚWIADCZENIU LEKARSKIM O STANIE ZDROWIA WNIOSKODAWCY WYDANYM DLA POTRZEB POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU POWYŻSZY TERMIN SKŁADANIA WNIOSKU NIE OBOWIĄDUJE.**