

Świdnik, dnia

Nr sprawy:
(nadaje Zespół)

**Wniosek
o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień**

(dotyczy osób posiadających orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów,
niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – orzeczenia KRUS,
orzeczenia o niezdolności do pracy – orzeczenia ZUS)

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
PESEL
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości
Adres zameldowania
Adres pobytu (korespondencyjny)
Telefon kontaktowy:

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

*(w przypadku wniosków osób ubezwłasnowolnionych**)*

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
PESEL
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości
Adres zameldowania
Adres pobytu (korespondencyjny)
Telefon kontaktowy:

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Świdniku**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień dla celów*:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Odpowiedniego zatrudnienia |
| <input type="checkbox"/> | Szkolenia |
| <input type="checkbox"/> | Uczestnictwa w terapii zajęciowej |
| <input type="checkbox"/> | Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania z innych ulg (jakich?):..... |

Cel podstawowy (należy wpisać jeden z zaznaczonych powyżej):.....
.....

Uzasadnienie wniosku:

Posiadam ważne orzeczenie o:

(podać jakie, np. o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej, częściowej niezdolności do

pracy itp.)

Wydane przez:

(rodzaj organu wydającego orzeczenie)

Data wydania orzeczenia:

Wydane: na okres do: / na stałe *

Oświadczam, iż dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu do wniosku przedkładam (Uwaga! - wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu):

- 1. Orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy,
- 2. Posiadaną dokumentację medyczną,
- 3. Inne dokumenty, podać jakie:

.....
.....
.....

Pouczenie

- 1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełni, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
- 2. Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
- 3. Od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień odwołanie nie przysługuje – art. 13 ust. 3 pkt 14 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

.....

(podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego)

* właściwe zaznaczyć symbolem X
** wypełniają tę rubrykę tylko osoby, których to dotyczy