

Wniosek wraz z dokumentacją należy złożyć
do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Limanowej, ul. Józefa Marka 9, I p. pok.140.
Dodatkowe informacje pod nr tel. 018 3337-824 Godziny przyjęć: od poniedziałku do piątku od 7³⁰ do 15³⁰

Nr sprawy PCPR-...../

Limanowa, dnia

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEN
do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Limanowej**

Nazwisko i imię (imiona):

PESEL:

Data i miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość

Adres stałego pobytu:

Adres do korespondencji:

Numer telefonu:

Dane opiekuna prawnego (w przypadku

osoby ubezwłasnowolnionej: nazwisko i imię, PESEL)

seria i nr dokumentu tożsamości, adres stałego pobytu)

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień na podstawie posiadanego przeze mnie prawomocnego orzeczenia:

1. Orzeczenia z dnia wydanego na okres do /na trwałe*, przez Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej.
2. Orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w z dnia o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji* wydanego na okres do /na trwałe*.
3. Orzeczenia lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydanego (przed 1 stycznia 1998r.) w dniu, na okres do/na trwałe*.
4. Orzeczenia, wydanego przed 1 stycznia 1998 r. innego organu (podać jakiego)
.....

W załączeniu kserokopia ważnego wypisu z w/w orzeczenia (oryginał do wglądu).

Dla celów**:

- ulg w korzystaniu z publicznych środków transportu,
- ulg telekomunikacyjnych (wpisać przyczynę niepełnosprawności)
- ulg podatkowych
- uzyskania karty parkingowej
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny/ stan rodzinny
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania*: samodzielnie z pomocą konieczna 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. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*
(rodzaj sprzętu)
 niezbędne wskazane zbędne
4. sytuacja zawodowa:
- 1) wykształcenie / zawód wyuczony.....
- 2) zawód wykonywany
- 3) obecne zatrudnienie

Oświadczam, że :

1. Pobieram (nie pobieram)* świadczenie rentowe z ubezpieczenia społecznego KIZ, ZUS, KRUS, MSWiA) jakie:
od kiedy do kiedy
2. Aktualnie toczy / nie toczy* się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem (np. ZUS, KRUS, Sąd Pracy), podać jakim
3. Na posiedzenie składu orzekającego*:
- mogę przybyć samodzielnie / z opiekunem.
4. W razie stwierdzonej przez skład orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Limanowej (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

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

Po uzyskaniu pełnych informacji, świadomie wybrałem tryb orzekania zgodnie z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.)

.....
czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej opiekuna prawnego

* właściwe zaznaczyć

Do czytelnie wypełnionego wniosku należy bezwzględnie dołączyć:

1. Kserokopia dokumentu stwierdzającego tożsamość (dowodu osobistego, paszportu).
2. **Oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego dla Potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza).
3. **Dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznane schorzenia**, w tym w szczególności:
 - konsultacje specjalistyczne, opisy RTG, wyniki badań diagnostycznych, karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie i orzeczenia psychologiczne, itp. (oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
 - odpisy kartotek z poradni ogólnej i z poradni specjalistycznych.
4. Kserokopie prawomocnego wypisu z w/w orzeczenia (KiZ, ZUS, KRUS, MSWiA).
5. Inne dokumenty (wymienić jakie)