

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU**  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel.0 55 247 26 96, tel. /fax/ 0 55 272 37 93

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*

4. Oświadczam, że poinformowano mnie o ..... miesięcznym okresie oczekiwania na posiedzenie komisji orzekającej.

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

**V. W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

2. Kopie posiadanej dokumentacji medycznej.

3. Inne dokumenty /jakie?/ .....

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

.....  
*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej*

.....  
*miejsowość i data  
/zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia/*

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb  
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku**

Imię i nazwisko .....  
Data urodzenia .....  
Adres zamieszkania .....  
Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy .....  
Nr PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej ( wpisać w j. polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),  
stopień uszkodzenia strukturalnego, funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....  
.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

.....  
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....  
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać datę): .....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać datę): .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta: **Tak/Nie\***

W/w Pan/i **wymaga/nie wymaga\*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności: **Tak/Nie\***

U w/w Pana/i **nastąpiło/ nie nastąpiło\*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU**  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel.0 55 247 26 96, tel. /fax/ 0 55 272 37 93

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy .....

Malbork, dnia .....

**Dane dotyczące dziecka:**

Imię/ona i nazwisko .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia ..... Obywatelstwo .....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) .....

Adres zamieszkania .....

**Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego dziecka:**

Imię/ona i nazwisko .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia ..... Obywatelstwo .....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

**Cel złożenia wniosku:**

zasiłek pielęgnacyjny

świadczenie pielęgnacyjne

uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej

korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908)

zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju

uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze

korzystanie z ul i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

inne (podać jakie?) .....

.....

**Dziecko uczęszcza:**

- żłobek
- przedszkole ogólnodostępne
- przedszkole integracyjne
- przedszkole specjalne
- szkoła ogólnodostępna
- szkoła ogólnodostępna z internatem
- szkoła integracyjna
- oddział integracyjny
- szkoła specjalna
- oddział specjalny
- szkoła specjalna z internatem
- ośrodek szkolno-wychowawczy

**Czy dziecko:**

1. Jest tylko zaliczane do osób niepełnosprawnych: tak/nie\*
2. Jeżeli było zaliczane to, do kiedy ma lub miało ważne orzeczenie .....
3. Czy składano odwołanie, jeżeli tak, to, kiedy? .....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy.

**W przypadku posiadania wcześniejszych orzeczeń o zaliczeniu lub nie zaliczeniu dziecka do osób niepełnosprawnych proszę o dołączenie kserokopii przedmiotowego orzeczenia poświadczonego za zgodność niniejszego oryginałem do niniejszego wniosku.**

.....  
data i podpis wnioskodawcy lub opiekuna

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU**  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel.0 55 247 26 96, tel. /fax/ 0 55 272 37 93

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**  
wydane dla potrzeb  
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku

Imię i nazwisko .....  
Data urodzenia .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL dziecka .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (rozpoznanie prosimy wpisać w j. polskim)**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego**

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

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące**

.....  
.....

**4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja**

.....  
.....

**5. Używane leczenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....  
.....

**6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)**

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza

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

Nr sprawy .....

Malbork, dnia .....

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię/ona i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) .....

Adres zamieszkania (stały, czasowy).....

..... Telefon .....

Adres do korespondencji .....

**Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego:**

Imię/ona i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) .....

Adres zamieszkania (stały, czasowy).....

..... Telefon .....

Adres do korespondencji .....

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

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień.

Posiadam ważne orzeczenie o\*:

1. Zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich.
2. Niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika ZUS.
3. Niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

wydane w dniu ..... przez .....

na okres ....., które nie zawiera informacji będących podstawą

do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

**Uzyskanie orzeczenia niezbędne jest w celu:**

szkolenia

korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908)

odpowiedniego zatrudnienia



- korzystania z rehabilitacji
- korzystania z systemu pomocy społecznej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)  
.....  
.....
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego

**Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej osoby zainteresowanej:**

- a/ stan cywilny .....
- b/ stan rodzinny .....
- c/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
  - wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą / z opieką\*
  - prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą / z opieką\*
  - poruszanie się w środowisku: samodzielnie / z pomocą / z opieką\*
- d/ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne\*  
jakiego? .....
- e/ sytuacja zawodowa:
  - wykształcenie: .....
  - zawód .....
  - obecne zatrudnienie .....
  - zawód wykonywany .....

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy oraz przyjmuję do wiadomości, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.**

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**Do wniosku załączam:**

1. Orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy wydane przez organ rentowy
2. Posiadaną dokumentację medyczną
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień /podać jakie/ .....
- .....
- .....

\* niepotrzebne skreślić

Powyżej 16 roku życia

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU**  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel.0 55 247 26 96, tel. /fax/ 0 55 272 37 93

**Wniosek  
o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej**

.....  
miejscowość i data

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego .....

Adres zamieszkania .....

Telefon .....

**Do  
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi legitymacji osoby niepełnosprawnej na podstawie orzeczenia o **znacznym/umiarkowanym/lekkim\*** stopniu niepełnosprawności z dnia ..... wydanego przez **Powiatowy/Wojewódzki\*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w ..... wydanego na okres do ....., **na trwałe\***.

\* niepotrzebne skreślić

SYMBOL PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: .....

**Do wniosku należy dołączyć kserokopię posiadanego orzeczenia oraz 1 aktualne zdjęcie.**

.....  
podpis

Do 16 roku życia

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU**  
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel.0 55 247 26 96, tel. /fax/ 0 55 272 37 93

**Wniosek  
o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej**

.....  
*miejsowość i data*

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

PESEL przedstawiciela ustawowego .....

**Do  
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Malborku**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi legitymacji osoby niepełnosprawnej na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności z dnia ..... wydanego przez **Powiatowy/Wojewódzki\*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w .....wydanego na okres do .....

*\*niepotrzebne skreślić*

**Proszę dołączyć kopię posiadanego orzeczenia!**

.....  
*podpis przedstawiciela ustawowego*