

IV.A. Adres miejsca zameldowania osoby upoważnionej do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej

01. Gmina / Dzielnica _____

02. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--

04. Ulica _____

03. Miejscowość _____

05. Numer domu _____

06. Numer mieszkania _____

07. Numer telefonu (1) _____

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2) _____

(1) Numer nie jest obowiązkowy.

(2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się wniosek drogą elektroniczną.

V. Informacja o posiadaniu przez osobę ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia ostatecznego orzeczenia oraz o złożeniu wniosku o wydanie orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności.

01. Nazwa organu i rodzaj wydanego orzeczenia (1):

 Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności (miejski (MZOON), powiatowy (PZOON) lub wojewódzki (WZOON))
 orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

 stopień lekki

 stopień umiarkowany

 stopień znaczny

 wyrok sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w sprawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

 orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień

 złożono wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nazwa organu, do którego złożono wniosek: _____

 Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)
 orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy

 orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów (2)

 orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidów (2)

 orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidów (2)

 Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)
 orzeczenie o stałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (2)

 orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (2)

 Komisja lekarska służb mundurowych – Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) lub Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) (2)
 Inne (2)

Nazwa organu, który wydał orzeczenie: _____

(1) W przypadku posiadania więcej niż jednego orzeczenia należy wskazać wyłącznie jedno wybrane przez siebie orzeczenie. Okres ważności wskazanego orzeczenia będzie podstawą do wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia na ten okres, nie dłuższy jednak niż 7 lat.

(2) W przypadku orzeczeń wydanych przed 1998 r. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów przez ZUS, KRUS, MON lub MSWiA oraz orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy, o niezdolności do samodzielnej egzystencji, o częściowej niezdolności do pracy wydanych przed 2011 r. przez ZUS oraz orzeczeń wydanych przed 2007 r. przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz inne organy należy załączyć kopię danego orzeczenia.

02. Data wydania orzeczenia: (dd / mm /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Numer orzeczenia:

04. Okres, na który wydano orzeczenie:

 na czas określony, do dnia (dd/mm/rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 na czas nieokreślony

05. Symbol przyczyny niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):

VI. Informacja o wyrażeniu zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia.

Nie wyrażam zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w miejscu mojego stałego pobytu. W przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej albo osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – brak zgody wyraża przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona.

Wyrażam zgodę na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w miejscu mojego stałego pobytu. W przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej albo osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona.

VII. Załączniki.

- Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem.
- Kopia posiadanego orzeczenia – jeżeli dotyczy.
- Dokument potwierdzający status opiekuna prawnego, kuratora osoby niepełnosprawnej albo osoby reprezentującej ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, o których mowa w art. 6b ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – jeżeli dotyczy.
- Upoważnienie do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – jeżeli dotyczy.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia są prawdziwe.

 (Miejscowość)

 (Data: dd / mm / rrrr)

 (Podpis wnioskodawcy)