**WNIOSEK­­**

**II.Daneosobyniepełnosprawnejubiegającejsięowydaniedecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparcia**

**II.A.Adresmiejscazameldowaniaosobyniepełnosprawnejubiegającejsięowydaniedecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparcia**

01.Gmina/Dzielnica

02.Kodpocztowy

-

04.Ulica

03.Miejscowość

05.Numerdomu

06.Numermieszkania

07.Numertelefonu(1)

08.Adrespocztyelektronicznej—e-mail(2)

1. Numerniejestobowiązkowy.
2. Podanieadresue-mailjest obowiązkowe,gdyskłada sięwniosekdrogąelektroniczną.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OWYDANIEDECYZJIUSTALAJĄCEJPOZIOMPOTRZEBYWSPARCIA**

01.Kodpocztowy

-

03.Ulica

02.Miejscowość

04.Numerdomu

05.Numermieszkania

(1)Przezorganwłaściwyrozumiesięwojewódzkizespółdo spraw orzekaniaoniepełnosprawnościwłaściwyzewzględunamiejscestałegopobytuosoby.

niepełnosprawnej.

**Adres organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)**

**Nazwaorganuwłaściwegodorozpatrzeniawnioskuwsprawiewydaniadecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparcia(1)**

**I.Rodzajwniosku**

**Wniosekskładanyjest:**

poraz pierwszy

zewzględunazmianęzdolnościdosamodzielnegowykonywaniaokreślonychczynnościzwiązanychzcodziennym funkcjonowaniem oraz rodzaju wymaganego wsparcia

zewzględunaupływterminuważnościpoprzedniejdecyzji(1).

(1)Kolejnywniosekowydaniedecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparciamożebyćzłożonyniewcześniejniż3miesiąceprzedterminemupływuważnościposiadanejdecyzji.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 01.Imię | 02.Drugieimię |
| 03.Nazwisko |
| 04.Dataurodzenia:(dd/mm/rrrr) 05.Miejsceurodzenia  06.NumerPESEL 07.Seriainumerdokumentutożsamości(1)  (1)Wypełnićtylkowprzypadku,gdynienadanonumeruPESEL. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**II.B. Adres stałego pobytu osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeżeli jestinny niż adres zameldowania)**

01.Gmina/Dzielnica

02.Kodpocztowy

-

04.Ulica

03.Miejscowość

05.Numerdomu

06.Numermieszkania

**IV.Daneosobyupoważnionejdoreprezentowaniapełnoletniejosobyniepełnosprawnej(1).**

01.Imię 02.Drugieimię

03.Nazwisko

04.NumerPESEL

05.Seriainumerdokumentutożsamości(2)

1. Wypełnić, jeżelidotyczy.
2. Wypełnićtylkowprzypadku,gdynienadanonumeruPESEL.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**III.Daneprzedstawicielaustawowegoosobyniepełnosprawnej ubiegającejsięowydaniedecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparcia(1)(2).**

01.Imię

02.Drugieimię

03.Nazwisko

04.NumerPESEL

05.Seriainumerdokumentutożsamości(3)

1. Dane opiekuna prawnego, kuratora osoby niepełnosprawnej albo osoby reprezentującej ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, o których mowa w art.6bust.1i2ustawyzdnia27sierpnia1997r.orehabilitacjizawodowejispołecznejorazzatrudnianiuosóbniepełnosprawnych(Dz.U.2023 r.poz.100,173, 240, 852, 1234 i 1429).
2. Wypełnić, jeżelidotyczy.
3. Wypełnićtylkowprzypadku,gdynienadanonumeruPESEL.

**III.A. Adres miejsca zameldowania przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej ubiegającejsię o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia**

01.Gmina/Dzielnica

02.Kodpocztowy

-

04.Ulica

03.Miejscowość

05.Numerdomu

06.Numermieszkania

07.Numertelefonu(1)

08.Adrespocztyelektronicznej—e-mail(2)

1. Numerniejestobowiązkowy.
2. Podanieadresue-mailjest obowiązkowe, gdy składa sięwniosekdrogąelektroniczną.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**V.Informacjaoposiadaniuprzezosobęubiegającąsięowydaniedecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparcia ostatecznego orzeczenia oraz o złożeniu wniosku o wydanie orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności.**

**IV.A.Adresmiejscazameldowaniaosobyupoważnionejdo reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej**

01.Gmina/Dzielnica

02.Kodpocztowy

-

04.Ulica

03.Miejscowość

05.Numerdomu

06.Numermieszkania

07.Numertelefonu(1)

08.Adrespocztyelektronicznej—e-mail(2)

1. Numerniejestobowiązkowy.
2. Podanieadresue-mailjestobowiązkowe,gdyskłada sięwniosekdrogąelektroniczną.

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

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

orzeczenieostopniuniepełnosprawności: stopień lekki

stopieńumiarkowany 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

Nazwaorganu,doktóregozłożonowniosek:

**ZakładUbezpieczeńSpołecznych(ZUS)**

orzeczenieocałkowitejniezdolnościdopracy,orzeczenieoniezdolnościdosamodzielnejegzystencji,orzeczenieoczęściowej niezdolności do pracy

orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów (2) orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidów (2) orzeczenieozaliczeniudoIIIgrupyinwalidów(2)

**KasaRolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)**

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

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

**Komisjalekarskasłużbmundurowych–MinisterstwaObronyNarodowej(MON)lubMinisterstwaSprawWewnętrznych i Administracji (MSWiA)** (2)

**Inne**(2)

Nazwaorganu,którywydałorzeczenie:

1. W przypadku posiadania więcej niż jednego orzeczenia należy wskazać wyłącznie jedno wybrane przez siebie orzeczenie. Okres ważności wskazanego orzeczeniabędziepodstawądowydaniadecyzjiustalającej poziompotrzebywsparcianatenokres,niedłuższyjednakniż7lat.
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.Datawydaniaorzeczenia:(dd/mm/rrrr)

03.Numerorzeczenia:

04.Okres,naktórywydanoorzeczenie:

naczasokreślony,dodnia(dd/mm/rrrr):

naczasnieokreślony

05. Symbolprzyczynyniepełnosprawności(jeżelidotyczy):

**VI.Informacjaowyrażeniuzgodynaustaleniepoziomupotrzebywsparcia.**

**VII.Załączniki.**

Kwestionariuszsamoocenytrudnościwzakresiewykonywaniaczynnościzwiązanychzfunkcjonowaniem.

Kopiaposiadanegoorzeczenia–jeżelidotyczy.

Dokumentpotwierdzającystatusopiekunaprawnego,kuratoraosobyniepełnosprawnejalboosobyreprezentującejośrodekpomocy 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.

Upoważnieniedoreprezentowaniapełnoletniejosobyniepełnosprawnej–jeżelidotyczy.

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.

*Oświadczam,żepodaneprzezemnieinformacjewpowyższymwnioskuowydaniedecyzjiustalającejpoziompotrzebywsparciasąprawdziwe.*

(Miejscowość) (Data:dd/mm/rrrr) (Podpiswnioskodawcy)