

**uwaga (należy załączyć kserokopię orzeczenia)
dla celów (właściwie zaznaczyć) :**

- 1) ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- 2) ☐ szkolenia,
- 3) ☐ zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- 4) ☐ uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- 5) ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze,
- 6) ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- 7) ☐ korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy dnia z 20.06.1997 -
Prawo o ruchu drogowym – tzw. karta parkingowa,
- 8) ☐ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- 9) ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 10) ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- 11) ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 12) ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- 13) ☐ innych (wymienić jakich)

Celem podstawowym jest punkt numer (.....)

Oświadczenia:

stan cywilny*

kawaler ☐ / panna ☐	zamężna ☐ / żonaty ☐	wdowiec ☐ / wdowa ☐
separowany ☐ / separowana ☐	rozwódziona ☐ / rozwiedziony ☐	

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie *	z pomocą*	opieka*
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
b) poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

pobieram świadczenia z ZUS/ KRUS/ MON/ MSWiA oddział w

sytuacja zawodowa-edukacyjna :

obecnie jestem zatrudniony/a: TAK ☐ / NIE ☐ *
zawód wykonywany
Wykształcenie: niepełne podstawowe ☐ / podstawowe ☐ / zawodowe ☐ / średnie ☐ / wyższe ☐ *
zawód wyuczony
obecnie kontynuuję naukę TAK ☐ / NIE ☐ *
typ szkoły

UWAGA !

- ▶ **Należy załączyć kserokopie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia oraz dotyczącej obecnego stanu zdrowia (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu).**
(tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno-psychologiczne)
- ▶ **W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
- ▶ **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym**

Od wydanego orzeczenia o wskazach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego (czytelny)

odpowiednie zaznaczyć *