



**Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:**

1. stan cywilny: kawaler, panna, żonaty, mężatka, rozwiedziony/a, separowany/a, wdowiec/a
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

wykonywanie czynności samoobsługowych:       samodzielnie       z pomocą       opieka  
poruszanie się w środowisku:                       samodzielnie       z pomocą       opieka  
prowadzenie gospodarstwa domowego:            samodzielnie       z pomocą       opieka

3. Wykształcenie **podstawowe nieukończone, podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe**
4. obecne zatrudnienie ..... wykonywany zawód .....

**Oświadczam, że :**

1. Pobieram / nie pobieram emeryturę / rentę: ZUS, KRUS, MSWiA, KIZ
2. Składałem / nie składałem wcześniej wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:  
kiedy ..... stopień niepełnosprawności .....ważne do .....
3. Na posiedzenie składu orzekającego: **mogę przybyć / nie mogę przybyć**
4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
własnoręczny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego w przypadku osób pomiędzy 16-18 r. życia  
lub jej opiekuna prawnego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

**UWAGA DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

- **ORYGINAŁ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO (WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA)**
- **KSEROKOPIĘ POSIADANEGO ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIA INNEGO ORGANU**
- **KSEROKOPIĘ AKTUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZONĄ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM:**
  - **POTWIERDZENIE MUSI ZAWIERAĆ:**
    - **CZYTELNY PODPIS LUB PARAFKĘ Z PIECZĄTKĄ IMIENNĄ OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ**
    - **PIECZĄTKĘ NAGŁÓWKOWĄ INSTYTUCJI POTWIERDZAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ**
    - **DATĘ POTWIERDZENIA**