



2. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie .....
- b) zawód wyuczony.....
- c) obecne zatrudnienie:
- miejsce zatrudnienia: .....
  - wykonywany zawód: .....

**Oświadczam, że:**

1. **pobieram / nie pobieram\*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. renta/emerytura, \*, jeżeli tak to od kiedy.....
2. aktualnie **toczy się / nie toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem lub sądem powszechnym (podać jakim): .....
3. **składałem(am) / nie składałem(am)\*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ....., z jakim skutkiem .....
4. **mogę / nie mogę\*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej lub długotrwałej choroby*).
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie**.
6. jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. **zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie**. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.
8. **dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**.
9. **wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**.
10. **wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego dziecka/ danych osobowych mojego podopiecznego\* dla potrzeb niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej\*, zgodnie z art.6 ust.1. lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**\*właściwe zaznaczyć**

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego/ pełnomocnika

**Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....

..... stwierdzenie własnoręcznego podpisu przez pracownika socjalnego	..... czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego
---	--

**UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Ułożone chronologicznie **kserokopie poświadczane za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu**, wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
- ✓ **Kserokopie i oryginały do wglądu** wszystkich poprzednich orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.
- ✓ **Oświadczenie o miejscu pobytu stałego** (wypełnić w sytuacji, kiedy w przedstawionym do wglądu dokumencie tożsamości brak jest adresu zameldowania).

miejsowość .....

data.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb  
Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Białymstoku

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz 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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? .....

.....  
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej 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 do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. **Tak / Nie\***

U w/w Pana (i) nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia \*\* **Tak / Nie\***

.....  
*stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

**Adnotacja zakładu pracy chronionej**

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....  
*pieczętka zakładu pracy chronionej*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie*