

Wzór

WNIOSEK

PPW

O WYDANIE DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA

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

WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM

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

01. Kod pocztowy

50 - 153

02. Miejscowość

WROCŁAW

03. Ulica

PL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY

04. Numer domu

1

05. Numer mieszkania

(1) Przez organ właściwy rozumie się wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności właściwy ze względu na miejsce stałego pobytu osoby

I. Rodzaj wniosku

Wniosek składany jest:

- ☒ po raz pierwszy,
- ☐ ze względu na zmianę zdolności do samodzielnego wykonywania określonych czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem oraz rodzaju wymaganego wsparcia,
- ☐ ze względu na upływ terminu ważności poprzedniej decyzji (1).

(1) Kolejny wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia może być złożony nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem upływu ważności posiadanej decyzji.

II. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

01. Imię

!PRZYKŁAD!

JAN

02. Drugie imię

ADAM

03. Nazwisko

KOWALSKI

04. Data urodzenia: (dd / mm / rr)

01 01 1990

05. Miejsce urodzenia

WROCŁAW

06. Numer PESEL

90010112345

07. Seria i numer dokumentu tożsamości (1)

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

II.A. Adres miejsca zameldowania osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

01. Gmina / Dzielnica

!PRZYKŁAD!

KOBIERZYCE

02. Kod pocztowy

50 - 070

03. Miejscowość

KOBIERZYCE

04. Ulica

KWIATOWA

05. Numer domu

10

06. Numer mieszkania

1

07. Numer telefonu (1)

111-222-333

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

(1) Numer nie jest obowiązkowy, ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

(2) Podanie adresu e-mail ułatwi kontakt w sprawie wniosku i jest obowiązkowe, gdy składasz wniosek drogą elektroniczną.

**II.B. Adres stałego pobytu osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeśli jest inny niż adres zameldowania) !PRZYKŁAD!**

01. Gmina / Dzielnica

WROCŁAW

02. Kod pocztowy

50 - 180

03. Miejscowość

WROCŁAW

04. Ulica

DESZCZOWA

05. Numer domu

1

06. Numer mieszkania

1

**III. Dane przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)(2). !PRZYKŁAD!**

01. Imię

EWA

02. Drugie imię

03. Nazwisko

KOWALSKA

04. Numer PESEL

02020212345

05. Seria i numer dokumentu tożsamości (3)

(1) Dane 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 (Dz. U. 2023 poz. 100, z późn. zm.).

(2) Jeżeli dotyczy.

(3) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

**III.A. Adres miejsca zameldowania przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia !PRZYKŁAD!**

01. Gmina / Dzielnica

KOBIERZYCE

02. Kod pocztowy

50 - 070

03. Miejscowość

KOBIERZYCE

04. Ulica

KWIATOWA

05. Numer domu

10

06. Numer mieszkania

1

07. Numer telefonu (1)

444-555-666

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

(1) Numer nie jest obowiązkowy, ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

(2) Podanie adresu e-mail ułatwi kontakt w sprawie wniosku i jest obowiązkowe, gdy składasz wniosek drogą elektroniczną.

**IV. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej (1).**

01. Imię

02. Drugie imię

03. Nazwisko

04. Numer PESEL

05. Seria i numer dokumentu tożsamości (2)

(1) Jeżeli dotyczy.

(2) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.



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

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

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

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

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

(1) Numer nie jest obowiązkowy, ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

(2) Podanie adresu e-mail ułatwi kontakt w sprawie wniosku i jest obowiązkowe, gdy składasz wniosek drogą elektroniczną.

**V. Informacja o posiadaniu przez osobę ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia ostatecznego orzeczenia.****! TYLKO JEDNO ORZECZENIE!**

1. 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.

3. Numer orzeczenia:

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

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

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

☐ na czas nieokreślony

5. Symbol przyczyny niepełnosprawności (jeśli dotyczy):

☐ 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 ustawy albo osoba upoważniona.

☒ Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem.

☒ Kopia posiadanego orzeczenia - jeśli 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 (Dz. U. 2023 poz. 100, z późn. zm.) - jeżeli dotyczy.

☐ Upoważnienie do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej - jeżeli dotyczy.

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

UZUPEŁNIĆ

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis wnioskodawcy)