WNIOSEK O WYDANIE DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA

Nazwa organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)
Adres organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)
01. Kod pocztowy 02. Miejscowość 03. Ulica
04. Numer domu 05. Numer mieszkania
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 02. Drugie imię
03. Nazwisko
04. Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) 05. Miejsce urodzenia
06. Numer PESEL 07. Seria i numer dokumentu tożsamości (1)
(1) Wypełnić 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
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. (2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się wniosek drogą elektroniczną.

II.B. Adres stałego pobytu osoby niepełnosprawnej ubiegającej s inny niż adres zameldowania)	ię o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeżeli jest				
01. Gmina / Dzielnica					
02. Kod pocztowy 03. Miejscowość 04. Ulica					
05. Numer domu 06. Numer mieszkania					
III. Dane przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnei	ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby				
wsparcia (1)(2)					
01. Imię	02. Drugie imię				
03. Nazwisko					
04. Numer PESEL 05. Seria i numer doku	mentu tożsamości (3) ntującej ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, o których mowa w art. 6b				
	z zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, 173, 240, 852, 1234 i 1429).				
III.A. Adres miejsca zameldowania przedstawiciela ustawowe	go osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji				
ustalającej poziom potrzeby wsparcia					
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. (2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się 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 doku	mentu tożsamości (2)				
(1) Wypełnić, jeżeli dotyczy.(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.					

IV.A. Adres miejs	ca zameld	owania osoby upoważ	żnionej do	reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej
01. Gmina / Dzielnica				
02. Kod pocztowy 04. Ulica	03	. Miejscowość		
05. Numer domu		06. Numer mieszkania		07. Numer telefonu (1)
08. Adres poczty elek	tronicznej —	e-mail (2)	_	
(1) Numer nie jest ob (2) Podanie adresu e-		owiązkowe, gdy składa się v	wniosek droga	ą elektroniczną.
				ydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności
01. Nazwa organ	u i rodzaj v	vydanego orzeczenia (1):	
Zespół do	spraw or	zekania o niepełnospr	awności (m	niejski (MZOON), powiatowy (PZOON) lub wojewódzki (WZOON))
orze	czenie o s	topniu niepełnosprawno	ości:	
	_			
	_ `	umiarkowany znaczny		
wyr	ok sądu pr	acy i ubezpieczeń społe	ecznych w s	prawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
orze	czenie o v	vskazaniach do ulg i up	rawnień	
złoż	ono wnios	ek o wydanie orzeczeni	a o stopniu	niepełnosprawności
Naz	wa organu,	do którego złożono wniosel	k:	
_				
Zakład Ub	ezpieczeń	Społecznych (ZUS)		
	czenie o ca dolności d		o pracy, orze	eczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenie o częściowej
orze	czenie o z	zaliczeniu do I grupy in	walidów (2)	
orze	eczenie o z	zaliczeniu do II grupy in	walidów (2)	
orze	czenie o z	aliczeniu do III grupy inv	walidów (2)	
☐ Kasa Roln	iczego Ub	ezpieczenia Społeczn	ego (KRUS	3)
orze	eczenie o s	stałej niezdolności do pr	acy w gospo	odarstwie rolnym (2)
orze	eczenie o c	łługotrwałej niezdolnośc	ci do pracy v	w gospodarstwie rolnym (2)
☐ Komisja le i Administ			linisterstwa	a Obrony Narodowej (MON) lub Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
Inne (2)				
Nazwa organ	u, który wyd	dał orzeczenie:		
będzie podstawą do w (2) W przypadku orzed do pracy, o niezdolnoś	vydania dec zeń wydany ci do samod	yzji ustalającej poziom potrz ch przed 1998 r. o zaliczeniu zielnej egzystencji, o części	zeby wsparcia ı do jednej z gr owej niezdoln	vyłącznie jedno wybrane przez siebie orzeczenie. Okres ważności wskazanego orzeczenia na ten okres, nie dłuższy jednak niż 7 lat. rup inwalidów przez ZUS, KRUS, MON lub MSWiA oraz orzeczeń o całkowitej niezdolności ości do pracy wydanych przed 2011 r. przez ZUS oraz orzeczeń wydanych przed 2007 r. lleży załączyć kopię danego orzeczenia.

02. Data wydania orzeczenia: (dd / mm / rrrr) 03. Numer orzeczenia: 04. Okres, na który wydano orzeczenie: na czas określony, do dnia (dd/mm/rrrr): na czas nieokreś ony 05. Symbol przyczyny niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):						
VI. Informacja o wyrażeniu zgody na ustalenie poziomu potrzeby w	Sparcia					
Nie wyrażam zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej niepełnosprawnej – brak zgody wyraża przedstawiciel ustawow Wyrażam zgodę na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w mie przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej alboniepełnosprawnej – zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy alboniepełnosprawnej – zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy alboniepełnosprawnej	albo osobę upoważnioną do repry albo osoba upoważniona. ejscu mojego stałego pobytu. W pro o osobę upoważnioną do repre	rezentowania pełnoletniej osoby zypadku składania wniosku przez				
VII. Załączniki						
Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania	czynności związanych z funkcjonov	waniem.				
Kopia posiadanego orzeczenia – jeżeli 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 rehabilitacje zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – jeżeli dotyczy.						
Upoważnienie do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnos	sprawnej – jeżeli dotyczy.					
Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia są prawdziwe.						
(Miejscowość)	(Data: dd / mm / rrrr)	(Podpis wnioskodawcy)				