

**WNIOSEK**  
**O WYDANIE DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA**

**PPW**

**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

(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

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 się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)**

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

		-				
--	--	---	--	--	--	--

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

**III. Dane przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej 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 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. z 2023 r. poz. 100, 173, 240, 852, 1234 i 1429).

(2) Wypełnić, jeżeli dotyczy.

(3) Wypełnić 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**

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 dokumentu tożsamości (2)

(1) Wypełnić, jeżeli dotyczy.

(2) Wypełnić 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.

(2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się wniosek drogą elektroniczną.

**V. Informacja o posiadaniu przez osobę ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia ostatecznego orzeczenia oraz o złożeniu wniosku o wydanie orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności**

01. 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.

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 nieokreślony

05. Symbol przyczyny niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):

**VI. Informacja o wyrażeniu zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia**

- 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 ustawowy albo osoba upoważniona.

**VII. Załączniki**

- Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem.
- 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 rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – jeżeli dotyczy.
- Upoważnienie do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – 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)