

Oświadczam, że*):

1. pobieram świadczenie (nie pobieram) z ubezpieczenia społecznego *) :

jakie: emerytura, zasiłek wychowawczy, zasiłek chorobowy, świadczenia rehabilitacyjne,
 renta , zasiłek rodzinny, zasiłek macierzyński, inne:

od kiedy

2. aktualnie nie toczy się (toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim

3. nie składałem/am (składałem/am*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia* niepełnosprawności :
jeżeli tak, to kiedyz jakim skutkiem

4. posiadam ważne orzeczenie:*)

<input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu* niepełnosprawności: krajowy, wojewódzki lub powiatowy* zespół ds. orzekania o stopniu* niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> orzeczenie o niezdolności do pracy: lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	<input type="checkbox"/> orzeczenie o grupie inwalidztwa: komisja lekarska ds. inwalidztwa i zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/> orzeczenie o grupie inwalidztwa: ko-misja lekarska podległa MON lub MSWiA – na podstawie odrębnych przepisów dotyczących niezdolności do służby.....	<input type="checkbox"/> orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym: komisja lekarska ds. inwalidztwa i zatrudnienia ZUS lub lekarza rzeczoznawcę albo komisję lekarską KRUS	<input type="checkbox"/> orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego: lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
<input type="checkbox"/> inne orzeczenie (jakie?)		

5. a) mogę (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego;

b) przybędę z opiekunem,

(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby *);

6. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie;

7. posiadam prawo jazdy lub pozwolenie do kierowania tramwajem: TAK/ NIE *)

8. obecnie jestem w trakcie leczenia: (jeżeli tak, to proszę podać termin jego zakończenia): TAK./NIE *)

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,

2. posiadaną dokumentację medyczną, dotychczasowe orzeczenie, inne dokumenty tj.....

.....
Miejscowość, data

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

*) zaznaczyć właściwe,

**) wypełnia pracownik.