Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
z dnia 11 grudnia 2023 r. (Dz. U. poz. 2732)

Załącznik nr 1

WNIOSEK PPW

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 _____

(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) 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 _____

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.

II.B. Adres stałego pobytu osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeśli 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. 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

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.

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.

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.

2. Data wydania orzeczenia: (dd / mm / rrrr)

3. Numer orzeczenia:

4. Okres, na który wydano orzeczenie:

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

☐ na czas nieokreślony

5. Symbol przyczyny niepełnosprawności (jeśli 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 - 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.

(Miejscowość) (Data: dd / mm / rrrr) (Podpis wnioskodawcy)