

Nr sprawy (№ справи)
Miejscowość (Населений пункт)
Data (Дата).....

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ЗАЯВА ПРО ВИНЕСЕННЯ РІШЕННЯ ПРО ГРУПУ ІНВАЛІДНОСТІ

Wypełniać drukowanymi literami!
Заповнювати друкованими буквами!

IMIĘ (ІМ'Я).....

NAZWISKO (ПРИЗВИЩЕ)

Data urodzenia (Дата народження)

Miejsce urodzenia (Місце народження)

.....
dzień - miesiąc - rok (день-місяць-рік)

Numer PESEL (Ідентифікаційний код PESEL)

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość - podać jaki)

№ і серія документа, що засвідчує особу (зазначити вид документа)

Adres zameldowania (Адреса реєстрації).....

Adres pobytu (korespondencji)

Адреса перебування (для вручень).....

(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania / заповнити, якщо відрізняється від адреси реєстрації)

Telefon kontaktowy (Контактний телефон).....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w
Bydgoszcy ul. Toruńska 272, 85-831 Bydgoszcz**

**До Повітової Групи з питань встановлення інвалідності в Бидґощі
вул. Торунська 272 Бидґощ**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć krzyżykiem!):

Звертаюся з проханням про встановлення ступеню інвалідності з метою (відзначити хрестиком!):

- odpowiedniego zatrudnienia (відповідного працевлаштування),
- szkolenia (підвищення кваліфікації),
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej (участи в робочих майстер-класах),
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (необхідности забезпечення ортопедичними та допоміжними засобами),
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacja pozarządowe oraz inne placówki (використання в самостійному існуванні підтримки громади, що означає користування соціальнимим, доглядовими, терапевтичними та реабілітаційними послугами, що надаються мережею закладів соціальної допомоги, неурядових організацій та інших установ),

- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej (користування пільгами та правами на підставі ст. 8 абз. 3а п. 1 Правил дорожнього руху з огляду на обмежену рухову спроможність),
- korzystania z systemu pomocy społecznej (користування системою соціальної допомоги),
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego (отримання допомоги по догляду),
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego (отримання опікуном допомоги по догляду),
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju) (проживання в окремій кімнаті (стосується інвалідів, що пересуваються на інвалідних візках, та осіб, інвалідність яких вимагає проживання в окремій кімнаті)),
- ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów (пільг та прав на підставі інших правил).

Najważniejszy cel złożenia wniosku proszę podkreślić!

Найважливішу мету подання заяви прошу підкреслити!

Sytuacja społeczna (Соціальна ситуація):

stan cywilny (сімейний стан)

stan rodziny (стан родини)

(liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)

(кількість осіб, які перебувають у спільному домашньому господарстві)

1. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć) (Здатність до самостійного функціонування (відповідне зазначити)):

2. Sytuacja zawodowa (profesyjna sytuacja):

wykształcenie (освіта)

obecne zatrudnienie (теперішнє працевлаштування):

zawód wyuczony (здобута професія);

zawód wykonywany (виконувана професія):

OŚWIADCZAM, ŻE (ZAJAWIAJĘ, ŻE):

wykonywanie czynności samoobsługowych: виконування дій із самообслуговування:	<input type="checkbox"/> samodzielnie samostійno	<input type="checkbox"/> z pomocą z допомогою	<input type="checkbox"/> opieka opіka
prowadzenie gospodarstwa domowego: ведення домашнього господарства:	<input type="checkbox"/> samodzielnie samostійno	<input type="checkbox"/> z pomocą z допомогою	<input type="checkbox"/> opieka opіka
poruszanie się w środowisku: пересування в середовищі:	<input type="checkbox"/> samodzielnie samostійno	<input type="checkbox"/> z pomocą z допомогою	<input type="checkbox"/> opieka opіka

1. **Pobieram (отримую) / nie pobieram (не отримую)*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego (допомогу з соціального страхування) (renta z (рента від) ZUS, KRUS, MON, MSWiA lub innego organu orzeczniczego (або від іншого органу, який призначає допомогу)) Jaka:..... Od kiedy:

2. **Składałem (подавав) / nie składałem (не подавав)*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności (раніше заяву про встановлення ступеню інвалідности); Posiadam orzeczenie ważne na okres stały/ do dnia (Маю рішення, дійсне довічно / до дати):,

stopień niepełnosprawności (група інвалідности).....nr sprawy (№ справи).....

3. **Składałem (подавав) / nie składałem (не подавав)*** odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności (оскарження на рішення повітової або воєводської Групи з питань встановлення інвалідности).

4. **Mogę (можу) / nie mogę (не можу)*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego (прибути на засідання комісії, яка приймає рішення).

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza (У випадку встановленої Групою, яка встановлює інвалідність, необхідности виконання додаткового консультування спеціалістами або лікарняного спостереження, які доповнюватимуть подану довідку про стан здоров'я, видану лікарем), **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie (усвідомлюю вимогу покрити витрати, пов'язані з цим, із власних коштів).**

6. **Wniosek niniejszy składam z powodu (Цю заяву подаю з огляду на) przedłużenia poprzedniego orzeczenia (продовження попереднього рішення) / zmiany stanu zdrowia (зміну стану здоров'я)*.**

7.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY. ZAJAWIAJĘ, ŻE DANE, JAKI MIĘSTYJĄСЯ У ЗАЯВІ, ВІДПОВІДАЮТЬ ФАКТИЧНОМУ СТАНОВІ, А Я УСВІДОМЛЮЮ, ЩО ПОВІДОМЛЕННЯ НЕПРАВДИ АБО ЗАТАЄННЯ ПРАВДИ ТЯГНЕ ЗА СОБОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ* niepotrzebne skreślić (непотрібне закреслити)

..... data i podpis osoby zainteresowanej
(дата і підпис зацікавленої особи)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z **Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.** w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

Даю згоду на обробку моїх персональних даних, що містяться у заяві, для потреб, необхідних для реалізації процесу прийняття рішення відповідно до **Розпорядження Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 р.** щодо захисту фізичних осіб у зв'язку з обробкою персональних даних і у справі вільного обігу таких даних та у справі скасування директиви 95/46/WE (так зване RODO).

..... data i podpis osoby zainteresowanej
(дата і підпис зацікавленої особи)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних у вигляді номера телефону і/або адреси електронної пошти, вписаних у заяві, з метою передавання інформації стосовно просування процесу прийняття рішення.

..... data i podpis osoby zainteresowanej
(дата і підпис зацікавленої особи)

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

УВАГА: Подаючи заяву про винесення рішення про призначення групи інвалідности, слід подати:

- **Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),**
- **Oryginał заяви та інформацію про обсяг опіки (ретельно заповнити кожен графу),**
- **Oryginał zaświadczenia lekarskiego (ważne 30 dni od daty wystawienie przez lekarza),**
- **Oryginał медичної довідки (дійсна протягом 30 днів від дати видання лікарем),**

- Kserokopie wszelkiej dokumentacji mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności potwierdzone za zgodność przez organ wydający dany dokument, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie (w przypadku ich braku wnioskodawca zobowiązany jest zostawić oryginały dokumentacji),
- Ксерокопії всіх документів, які можуть мати вплив на встановлення групи інвалідности, посвідчених як такі, що відповідають оригіналові, органом, що видав цей документ, напр.: інформаційні картки з лікарні, історія хвороби, додаткові обстеження, висновки, консультації та лікарські довідки (у випадку їх відсутности заявник зобов'язаний залишити оригінали документації),
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).
- Ксерокопії попередніх рішень (якщо були).

.....
(ім'я та прізвище заявника)

.....
(місцевість, дата)
(населений пункт, дата)

.....
(nr PESEL) (ідентифікаційний код PESEL)

ОŚWIADCZENIE / ДЕКЛАРАЦІЯ

o miejscu pobytu stałego / про місце постійного перебування

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2017r. poz. 657, z późn. zm.) zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek¹ jest:

Мені роз'яснено зміст ст. 25 абз. 1 Закону від 24 вересня 2010 р. *про реєстрацію населення* (Зак. вісник за 2017 р. поз. 657, з пізн. змінами), відповідно до якого постійним перебуванням є проживання у певному населеному пункті за конкретною адресою з наміром постійного перебування, заявляю, що моїм місцем постійного перебування / місцем постійного перебування дитини / місцем постійного перебування особи, від імени якої я подаю заяву², є:

.....
(adres miejsca pobytu stałego / адреса місця постійного перебування)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) – *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

Заявляю, що мене попереджено про кримінальну відповідальність, яка випливає зі ст. 233 Закону від 6 червня 1997 р. *Кримінальний кодекс* (Зак. вісник за 2017 р. поз. 2204, з пізн. змінами) – *кто, надаючи свідчення, що повинні служити доказом у судовому провадженні або в іншому провадженні, яке ведеться на підставі закону, свідчить неправду або приховує правду, підлягає покаранню у вигляді позбавлення волі терміном до 3 років*, підтверджую, що вищезазначені дані є правдиві станом на день подання декларації.

.....
(podpis / підпис)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.
Особа, якої стосується заява про винесення рішення.

² Niepotrzebne skreślić.
Непотрібне закреслити.