

Nr sprawy:

wypełnia PZds.OoN

**WNIOSK
O WYDANIE LEGITYMACJI
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)**

pieczętka wpływu wniosku

DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

imię i nazwisko

adres zameldowania

adres pobytu

wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

PESEL

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dotyczy osób od 16 do 18 roku życia lub
sędownie ubezwłasnowolnionych)**

imię i nazwisko

adres zameldowania

adres pobytu

wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *

znaczny	
umiarkowany	
lekki	

z dnia	
na okres	
wydany przez	
wg symbolu niepełnosprawności (rubryka nieobowiązkowa)	

OŚWIADCZAM, ŻE:

- ✓ dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- ✓ zobowiązuję się powiadomić PZds.OoN w Siemiatyczach o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kpa),
- ✓ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZds.OoN w Siemiatyczach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych dla prowadzonych postępowań administracyjnych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

INFORMACJE DODATKOWE:

- ✓ składając wniosek należy załączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i aktualne zdjęcie,
- ✓ właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych,
- ✓ jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

godziny pracy Powiatowego Zespołu ds Orzekania o Niepełnosprawności w Siemiatyczach

poniedziałek 8.00 – 16.00

wtorek-piątek 7.30 – 15.30

* ***zaznaczyć w odpowiednim miejscu X***

.....
***czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika***