

# Wniosek osoby niepełnosprawnej o wydanie zaświadczenia o podstawie zaliczenia do stopnia niepełnosprawności



Wn-ZPZ

Ten wniosek składa się, aby otrzymać zaświadczenie o podstawie zaliczenia do stopnia niepełnosprawności, które wydaje się dla celów udokumentowania przez pracodawcę stanów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 22 ust. 1 pkt 2 lub art. 26a ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.). Wniosek składa się do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, który w ostatniej instancji wydał orzeczenie o zaliczeniu osoby niepełnosprawnej do stopnia niepełnosprawności, a orzeczenie to nie ujawniało symbolu przyczyny niepełnosprawności O2-P w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 czerwca 2018 r. sygn. akt SK 19/17 (Dz. U. poz. 1241). Wniosek można złożyć w dowolnym terminie. Złożenie wniosku nie jest obowiązkowe.

## Dane i adres miejsca zamieszkania wnioskodawcy

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Numer i seria dokumentu tożsamości<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

## Wniosek

Na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1925) wnoszę o wydanie zaświadczenia, że choroba psychiczna stanowiła podstawę zaliczenia mnie do stopnia niepełnosprawności, określonego w orzeczeniu z dnia: \_\_\_\_\_ znak: \_\_\_\_\_.

Wnoszę o: \_\_\_\_\_ **UWAGA! Zaświadczenia koryguje się wyłącznie w przypadku usuwania omyłek pisarskich.**

wydanie zaświadczenia,

skorygowanie zaświadczenia z dnia:<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ znak: ZPZ/ \_\_\_\_\_ ZOON/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

To jest wniosek  zwykły /  korygujący.

## Uwagi

Data sporządzenia wniosku:<sup>3</sup> \_\_\_\_\_.

Imię i nazwisko wnioskodawcy:<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku posiadania numeru PESEL.

<sup>2</sup> Proszę wpisać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli Pani/Pan nie posiada numeru PESEL.

<sup>3</sup> Proszę wpisać datę w formacie rok-miesiąc-dzień.

<sup>4</sup> Proszę wpisać imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, a w przypadku składania wniosku przez osobę upoważnioną – imię i nazwisko tej osoby.