

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy **PZON.611**.
(wypełnia organ)

Września dn.....

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....Nr i seria dowodu

Telefon.....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności
Września ul. Wojska Polskiego1**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia w tym specjalistycznego,
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie,
- 6) korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
- 7) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 8) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- 9) uzyskania karty parkingowej
- 10) uzyskania dodatku mieszkaniowego
- 11) inne jakie?).....

Wniosek składam:

po raz pierwszy*

w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia*

w związku ze zmianą stanu zdrowia*

Uzasadnienie wniosku:

1.Sytuacja społeczna:

stan cywilny : kawaler/panna, żonaty/zamężna, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona,
separowany/separowana**

stan rodzinny: samotny, posiada rodzinę/ osoby bliskie (liczba osób)*.....

2.Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

wykonywanie czynności samoobsługowych
poruszanie się
prowadzenie gospodarstwa domowego
korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

samodzielnie - z pomocą - uzależniony od innych*
samodzielnie - z pomocą - uzależniony od innych*
samodzielnie - z pomocą - uzależniony od innych*
nie / tak (wymienić jaki).....*

3.Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie*.....zawód*.....

- aktywność zawodowa : aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista **

-

4. Źródła dochodu:

- wynagrodzenie, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna, zasiłek dla bezrobotnych, emerytura, renta, brak, inne**

Oświadczam, że:

1. Aktualnie pobieram świadczenie (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego, tj. rentę*, emeryturę*, zasiłek pielęgnacyjny*, świadczenie pielęgnacyjne*, rentę rodzinną*
2. Aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. Składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy.....z jakim skutkiem.....
4. Mogę (nie mogę)** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.(Jeżeli nie, to należy **załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału** w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
5. Posiadam/ nie posiadam ważne orzeczenie* – jakie?.....
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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
7. Informujemy, że strona i jej przedstawiciele mają obowiązek zawiadomić Powiatowy Zespół o każdej zmianie swego miejsca zamieszkania. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia, chyba że nowy adres jest ww. Zespołowi znany.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art.233 § 1 Kodeksu Karnego.

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.
2. Kserokopie (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.

.....

podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

* właściwe podkreślić i uzupełnić

** właściwe podkreślić

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowana rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.....

.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.....

.....
.....
.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.....

.....
.....
.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

6. Wykaz wykonanych badań danych dodatkowych (w załączeniu).....

.....
.....
.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.....

.....
.....
.....
.....

Czy lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok).....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok).....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie*

UWAGA! Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia.

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

