

Nr wniosku

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności**

miejsowość

data

Imię |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nazwisko |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Data urodzenia |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| miejsce urodzenia

Nr PESEL |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Dokument stwierdzający tożsamość: seria |_|_|_|_| nr |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania na pobyt stały:

kod pocztowy |_|_|_| - |_|_|_|_| miejscowość

ul. nr domu nr mieszkania

Adres miejsca pobytu

Adres korespondencyjny

Nr telefonu

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności
w Wołowie**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów
(właściwe podkreślić):

- odpowiedniego zatrudnienia;
- szkolenia;
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej;
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji;
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (z jakich?)
.....
- zasiłek stały
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- korzystanie z karty parkingowej
- inne (podaj jakie)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodzinny
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie* z pomocą
 - b) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie* z pomocą
 - c) poruszanie się w środowisku samodzielnie* z pomocą
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?)
.....
4. Sytuacja zawodowa: wykształceniezawód wyuczony
Aktualne miejsce pracy.....
Zajmowane stanowisko.....

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że pobieram / nie pobieram * świadczenie z ubezpieczenia społecznego:
jakie? od kiedy?.....
2. Oświadczam, że aktualnie toczy się / nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed
innym organem orzecznictwem (podać jakim?)*
3. posiadam (posiadałem/am) orzeczenie, podać jakie, przez kogo wydane.....
..... ważne do
4. oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego:
 - mogę przybyć samodzielnie,
 - przybędę z opiekunem,
 - nie mogę przybyć (w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożliwość wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby)
5. 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/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

"Ja niżej niżej podpisany będąc uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 § 1 k.k.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym".

.....
**podpis osoby zainteresowanej lub
przedstawiciela ustawowego**

Uwaga ! Do wniosku należy załączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia na obowiązującym druku, wydane przez lekarza leczącego– specjalistę lub lekarza rodzinnego **nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku.**
2. Posiadaną dokumentację medyczną umożliwiającą ustalenie stopnia niepełnosprawności, datę powstania niepełnosprawności (kserokopie tej dokumentacji, oryginały do wglądu)
3. Inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność (kopie orzeczeń ZUS, KRUS, KIZ, powiatowych i wojewódzkich zespołów orzekających i innych organów orzecznictwa , opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego)
4. Dokumentację medyczną stanowiącą: szpitalne karty informacyjne, opinie lekarzy specjalistów, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań rtg, usg, itp. w zależności od schorzenia (kserokopia tej dokumentacji – oryginały do wglądu)..

* właściwe podkreślić

.....
podpis osoby zainteresowanej lub
przedstawiciela ustawowego

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
(ważne 30 dni od daty wypisania)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr dowodu PESEL

- Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

- Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowanie choroby:

.....

.....

.....

- Uszkodzenia innych narządów i układów, oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

- Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....

.....

.....

- Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

.....

- Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym
zakresie:

.....

-
- Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

-
-
-
- Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? data

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? data

W/w Pan/Pani wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/Pani jest zdolny/nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół.
tak/nie

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić

**Upoważnienie dla pracownika socjalnego
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
do wglądu w dokumentację orzekanej osoby we właściwym
Ośrodku Pomocy Społecznej i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego, informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, w tym świadczeń pomocy społecznej.

.....
miejscość i data

.....
podpis osoby zainteresowanej