

POZN.8321. / 20.....

Nr wniosku: /

Złotoryja, dniar.

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Złotoryi

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (dla osób powyżej 16 roku życia)

- Po raz pierwszy
 W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
 W związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zameldowania na pobyt stały:

Adres pobytu

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku wniosku osoby do 18 r. życia lub ubezwłasnowolnionej)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego

Numer telefonu

Wniosek składam dla celów:

- odpowiedniego zatrudnienia /zatrudnienie w Zakładzie Aktywności Zawodowej,
- szkolenia,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej,
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,
- korzystania z karty parkingowej,
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- inne (wymienić)

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:

Stan cywilny:

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* nie tak (jaki?) :

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wykształcenie: zawód

aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista

Obecnie zatrudniony (proszę podać aktualne miejsce pracy):

Oświadczam, że:

- nie pobieram/ pobieram* świadczenia z ubezpieczenia społecznego: (jakie?).....

- nie składałem/am/ składałem/am* uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wr.

- nie posiadam/ posiadam* orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, ważne do dniar.

- mogę/ nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

W razie stwierdzenia 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 podnoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Obowiązuje się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art.233. §1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

UWAGA !!!

W załączeniu należy przedłożyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (oryginał).
2. Posiadaną dokumentację medyczną (kserokopie)
3. Kserokopie posiadanych orzeczeń (ZUS).
4. Inne dokumenty

.....
czytelny podpis osoby składającej wniosek¹

¹ podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty jego wystawienia

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 urodzenia Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

Nr dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium
3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące
4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (należy załączyć do zaświadczenia)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
TAK / NIE*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (podać rok)

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

W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji
? TAK / NIE*

W/w pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do
spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK / NIE*

Stwierdzam istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie TAK/ NIE**

.....
pieczętka i podpis lekarza

* dokładnie wypełnić wszystkie pozycje!

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawność