

WNIOSEK
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(wniosek proszę wypełnić drukowanymi literami!!!)

Imię i nazwisko osoby zainteresowanej

Data i miejsce urodzenia

PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego osoby zainteresowanej.....

Obywatelstwo

Adres stałego zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełniają opiekunowie osób niepełnoletnich i ubezwłasnowolnionych):

Imię i nazwisko osoby.....

Data i miejsce urodzenia

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

Adres stałego zameldowania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

Komisja: pierwszorazowa
kolejna

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Żaganiu
ul. Szprotawska 28, 68-100 Żagań tel. 068 377-24-30**

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

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości osoby
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego
3. Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4. Uczestnictwa w terapii zajęciowej
5. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie osoby
6. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, tj. korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki
7. Konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
8. Konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji
9. Spełniania przesłanek z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - prawo o ruchu drogowym (Dz. U, Nr 98, poz. 602 z późn. zm.)
10. Niepełnosprawność osoby wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju tak/nie*
11. Inne

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodzinny(liczba wspólnie zamieszkujących osób)
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 jest: niezbędne/wskazane/zbędne*.
4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie, zawód (wyuczony lub wykonywany), obecne zatrudnienie
5. Posiadanie prawa jazdy (kategoria) :.....wydane przez

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie rentowe:

Jeżeli tak, to jakie:

- rentę szkoleniową
- rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy
- rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
- rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy
- rentę rolniczą szkoleniową
- wojskową rentę inwalidzką
- policyjną rentę inwalidzką
- rentę inwalidzką z powodu inwalidztwa I gr.
- rentę inwalidzką z powodu inwalidztwa II gr.
- rentę inwalidzką z powodu inwalidztwa III gr.

proszę załączyć orzeczenia

2. Składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy (podać datę), z jakim skutkiem, podać datę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, do kiedy orzeczenie wydano oraz nazwę organu, który je wydał (w przypadku posiadania orzeczenia dołączyć kserokopię).
3. Mogę (nie mogę)* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
4. Aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, jeśli tak - podać jakim:
5. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego (podać nr PESEL)

Pouczenie: W myśl art 24 Ustawy o ochronie danych osobowych każdy ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (oryginał),
2. Posiadaną dokumentację medyczną (kserokopię potwierdzone za zgodność z oryginałem),
3. Kserokopię dowodu osobistego (w przypadku osób niezdolnych do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu komisji),
4. Inne posiadane dokumenty, podać jakie:

.....
.....
Uwaga: Dokumentację medyczną stanowią: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego, wyniki testów i badań specjalistycznych . opisy badań rtg, usg, itp. w zależności od schorzenia (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

* niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

/wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności/

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia.....PESEL

Adres zamieszkania.....

1. rozpoznanie choroby zasadniczej:.....
.....

2.przebieg schorzenia podstawowego- początek /ustalony na podstawie dokumentacji/, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:
.....
.....
.....

3.uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
.....
.....
.....

4.ocena wyników leczenia, rokowania / możliwość poprawy/ dalsze leczenie i rehabilitacja:
.....
.....
.....

5.używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie.....
.....
.....

6. wykaz wykonanych badań dodatkowych /w załączeniu/
.....
.....

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? /rok/

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? /rok/

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji. **TAK/NIE**

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

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego

Uwaga: zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia