Nr sprawy: PZOON.40131. …… ……..……..
(miejscowość i data)

☐ pierwszorazowy ☐ powtórny * **WNIOSEK**

O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osoby powyżej 16 roku życia)

Imię |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| drugie imię |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Miejsce urodzenia _____

Dokument tożsamości: seria ……. nr ……. Obywatelstwo _____

Adres zameldowania na pobyt stały ……
(podać kod pocztowy, miejscowość, ulice, nr domu / mieszkania)

Adres miejsca pobytu ……

Adres do korespondencji ……Nr tel.. ……

Dane przedstawiciela ustawowego osoby do 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| drugie imię |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Miejsce urodzenia _____

Dokument tożsamości: seria ……... nr …… Obywatelstwo _____

Adres zameldowania/pobyu ……
(podać kod pocztowy, miejscowość, ulicę, nr domu / mieszkania)

Adres do korespondencji ……Nr tel.. ……

Powiatowy Zespół
do spraw Orzekania o Niepełnosprawności
al. Niepodległości 37
64-920 PIŁA

* właściwe zaznaczyć znakiem X

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

1. odpowiedniego zatrudnienia ..... ☐
2. szkolenia ..... ☐
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej ..... ☐
4. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ..... ☐
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji ..... ☐
6. spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (*karta parkingowa*) ..... ☐
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej ..... ☐
8. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego ..... ☐
9. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego ..... ☐
10. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju ..... ☐
11. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze ..... ☐
12. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów ..... ☐
13. innych (wymienić jakich) ..... ☐

CEL PODSTAWOWY (wpisać właściwy numer z wyżej wymienionych) ……. .

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1/ stan cywilny*: ☐ zamężna ☐ rozwiedziona ☐ panna ☐ wdowa ☐ w separacji
☐ żonaty ☐ rozwiedziony ☐ kawaler ☐ wdowiec ☐ w separacji

2/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:
a) wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ konieczna opieka,
b) poruszanie się: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ konieczna opieka,
c) prowadzenie gospodarstwa domowego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ konieczna opieka,

3/ wykształcenie*: ☐ bez wykształcenia ☐ podstawowe ☐ zasadnicze ☐ średnie ☐ wyższe

4/ zawód wyuczony …….. 5/ zawód wykonywany ……..

6/ aktualne zatrudnienie .....

7/ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?)..... .

Oświadczam, że*:

☐ pobieram emeryturę ☐ rentę - podać z jakiej instytucji (ZUS, KRUS, MON, MSWiA).....
☐ aktualnie nie toczy się ☐ toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim (ZUS, Sąd Pracy, Wojewódzki Zespół) .....
☐ nie posiadam ☐ posiadam orzeczenie (podać przez kogo wydane i do kiedy jest ważne).....
.....
☐ nie składałem(am) ☐składałem(am) wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (podać rok i nazwę powiatowego zespołu) .....

Na posiedzenie składu orzekającego*:

☐ mogę przybyć,
☐ nie mogę przybyć (**w tym przypadku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**).

W związku z posiadaniem ważnego orzeczenia o *:

☐ zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich (wydane przed 01.01.1998 r.)
☐ niezdolności do pracy,
☐ niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed 01.01.1998 r.)
☐ niezdolności do samodzielnej egzystencji,

wyrażam zgodę na rozpatrzenie wniosku na podstawie* *:*

☐ **ogólnych zasad ,**
☐ **art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych tj. do ulg i uprawnień.**
(W postępowaniu obecność wnioskodawcy jest obowiązkowa. Od tego orzeczenia nie można wnieść odwołania).

W celu uzyskania orzeczenia w trybie art. 5a ustawy, należy dołączyć do wniosku oryginał orzeczenia lub kopię potwierdzoną za zgodność przez organ, który wydał to orzeczenie.

OŚWIADCZAM, iż:
- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- dołączone przeze mnie kopie dokumentów medycznych są zgodne z oryginałami.

W załączeniu przedkładam*:

☐ oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia,
☐ kserokopie (potwierdzone za zgodność) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe RTG, MR, TK, badanie psychologiczne, inne .....,
☐ kserokopie posiadanych orzeczeń Lekarza Orzecznika ZUS, orzeczeń o grupie inwalidzkiej, orzeczeń KRUS, orzeczeń o stopniu niepełnosprawności, orzeczeń komisji branżowej (MSWiA, WKL).
☐ **OŚWIADCZAM**, że nie posiadam, innej niż złożona przy wniosku, dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia.

POUCZENIE – wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności można złożyć ***nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia*.**

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie Zespołu oraz na stronie internetowej:
http://orzecznictwopila.mojbip.pl

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego)

* właściwe zaznaczyć znakiem X

.....

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osoby powyżej 16 roku życia)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

….....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium choroby, zastosowane leczenie i 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:

.....

.....

.....

- odwróć -

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (w załączeniu):

….....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

….....

.....

.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE*

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

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

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

12. W/w. osoba jest niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z **powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby:**

TAK / NIE*

.....
pieczątka i podpis lekarza

Zaświadczenie lekarskie
(wypełnić w przypadku <u>trwałej</u> niezdolności do odbycia podróży – dot. pkt. 12)

Stwierdza się, że ….....(imię i nazwisko pacjenta).....PESEL.....
jest trwale niezdolna/y do odbycia podróży, celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego, z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby (<u>podać charakter schorzenia</u>):

….....

.....

.....

...….....
pieczątka i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne 3 miesiące.

* niepotrzebne skreślić

....

(imię i nazwisko) [1] (miejscowość, data)

.....

(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że [2] **:**

- moim miejscem pobytu stałego,
- miejscem pobytu stałego dziecka,
- miejscem stałego pobytu osoby w imieniu której składam wniosek

jest: .....

(należy wpisać **ADRES MIEJSCA POBYU STAŁEGO**)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny – *kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....

(podpis)

_____

[1] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia

[2] Właściwe zaznaczyć