UWAGA!

Należy wypełniać **czytelnie wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

miejscowość .....

Nr sprawy PCPR-PZO.721. .201…. **data** .....

Imię/imiona i nazwisko .....

PESEL / / / / / / / / / / / /

Dokładny adres zamieszkania .....

Dokładny adres pobytu ……..……

Data i miejsce urodzenia .....

Seria i Nr oraz rodzaj dokumentu tożsamości .....

Prawo jazdy (numer, seria i kategoria) …….

Numer telefonu kontaktowego …….….……

Imię/imiona i nazwisko opiekuna prawnego …….….……
(dotyczy wniosku składanego dla osoby pomiędzy 16 a 18 r.ż. i ubezwłasnowolnionej)

Seria i Nr oraz rodzaj dokumentu tożsamości .....
(opiekuna prawnego dla osoby pomiędzy 16 a 18 r.ż. i ubezwłasnowolnionej)

Dokładny adres zamieszkania opiekuna prawnego …….…….

PESEL opiekuna prawnego / / / / / / / / / / / /

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli

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

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ szkolenia,
- ☐ uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- ☐ korzystanie z karty parkingowej,
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej,
- ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- ☐ inne (jakie?) .....

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny ☐ kawaler/panna ☐ żonaty/zamężna ☐ wdowiec/wdowa ☐ rozwiedziony/a separowany/a
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
a. wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
b. poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
c. prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: ☐ TAK - rodzaj ……..…….. ☐ NIE
4. sytuacja zawodowa: wykształcenie ☐ podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
   ☐ podstawowe ☐ zasadnicze ☐ średnie ☐ wyższe

   zawód wyuczony …….....
   aktywność zawodowa: ☐ aktywny zawodowo ☐ bezrobotny ☐ uczeń/student ☐ emeryt/rencista
   zawód aktualnie wykonywany …….....(dla osób aktywnych zawodowo)
   obecne zatrudnienie …….....(dla osób aktywnych zawodowo)

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie rentowe: ☐ TAK ☐ NIE
   (nie dotyczy renty rodzinnej)

   Jeżeli TAK to jakie:
   ☐ renta szkoleniowa
   ☐ renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
   ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
   ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności. do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
   ☐ renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
   ☐ renta rolnicza szkoleniowa
   ☐ wojskowa renta inwalidzka
   ☐ policyjna renta inwalidzka
   ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr.
   ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr.
   ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr.
   proszę załączyć kopię orzeczenia
2. aktualnie nie toczy się* (toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, jeżeli tak, to proszę podać jakim ☐ ZUS ☐ KRUS ☐ MSWiA ☐ WZO ☐ inne……
3. nie składałem* (składałem*) uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

   jeżeli tak, to z jakim skutkiem: Orzeczenie PZO Nr …… ważne do …….. stopień ……...
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 obłożnej i długotrwałej choroby).
5. posiadam ważne orzeczenie – podać jakie .....(nazwa organu, nr orzeczenia)
   które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
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 świadom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
8. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
9. 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.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. **oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana;;
2. **uwierzytelnione kserokopie** posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, karty wizyt u lekarza rodzinnego i/lub specjalisty/ów w przychodni, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe badań RTG, MR, KT, USG, zaświadczenia lekarzy specjalistów (**oryginały**) i inne dokumenty medyczne;
3. **oryginały lub uwierzytelnione kserokopie:** orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS lub KRUS o niezdolności do pracy, orzeczenie KIZ o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
4. inne dokumenty, proszę podać jakie: …….....

wniosek składany:
☐ po raz pierwszy
☐ z powodu pogorszenia stanu zdrowia
☐ z powodu upływu ważności orzeczenia

podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego[1]

* *niepotrzebne skreślić*

[1] *podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie 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 i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego*

UWAGA!

Należy wypełniać **czytelnie wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....

Data .....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia[1]

(wypełnia tylko **j e d e n** lekarz)

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Stalowej Woli

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Seria i Nr oraz rodzaj dokumentu tożsamości .....

PESEL / / / / / / / / / / / /

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (tylko jedno rozpoznanie i w języku polskim):

…….....

2. Przebieg schorzenia podstawowego - stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

[1] **Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia jego wystawienia.**
Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia

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 dodatkowych

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

8. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....
10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

13. Czy u w/wym. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia *(dotyczy osób ubiegających się o ponowne orzeczenie)*

☐ TAK ☐ NIE

……
……
……
……
……
dodatkowe uwagi lekarza wystawiającego zaświadczenie

.....
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie