

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(osoby powyżej 16 roku życia)**

Nr sprawy
(nadaje Zespół)

Golub – Dobrzyń, dnia

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania (stałego wg dokumentów)

.....

Adres pobytu (korespondencyjny)

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

Numer PESEL

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego – w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego.....

Numer i seria dowodu osobistegoNumer telefonu

Adres zamieszkania / pobytu przedstawiciela ustawowego:

.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Golubiu – Dobrzyniu**

Wniosek składam: a) po raz pierwszy b) w celu kontynuacji ważnego orzeczenia/utruty ważności orzeczenia c) w związku ze zmianą stanu zdrowia (podkreślić)

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zakreślić w kółko):

- Szkolenia,
- Odpowiedniego zatrudnienia,
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- Korzystania z systemu pomocy społecznej,
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)
- Uzyskania prawa do zasiłku pielęgnacyjnego
- Korzystanie z karty parkingowej
- Korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- Korzystania z uprawnień do dodatku mieszkaniowego.
- Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego

Najważniejszy cel złożenia wniosku podkreślić!

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny, stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących)

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania: (odpowiednie zaznaczyć)

wykonywanie czynności samoobsługowych	samodzielnie	z pomocą	opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego	samodzielnie	z pomocą	opieka
poruszanie się w środowisku	samodzielnie	z pomocą	opieka

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne, (podkreślić)
nie korzystam / korzystam (podkreślić)

4. sytuacja zawodowa: wykształcenie: mniej niż podstawowe / podstawowe / gimnazjalne / zawodowe / średnie/ wyższe (podkreślić)

zawód wyuczony

wykonywany..... staż pracy

Posiadane kwalifikacje.....

obecne zatrudnienie: nie pracuje / pracuje* (podać gdzie /stanowisko)

Oświadczenie:

1. Pobieram świadczenie (nie pobieram *) z ubezpieczenia społecznego: emerytura/renta, świadczenie przedemerytalne (podkreślić)
Posiadam (nie posiadam *) orzeczenie wydane przez ZUS, KIZ, KRUS, MSWiA, MON*
(podać datę wydania orzeczenia i na jaki okres).....
2. Aktualnie toczy się (nie toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim
3. Składałem/am (nie składałem/am*) uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności/stopnia niepełnosprawności ważne do / na stałe wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w
4. W przypadku zmiany nazwiska, podać nazwisko na które wydano poprzednie orzeczenie:
5. Oświadczam, że 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).
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 świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. **Uwaga: Wniosek osoby, która posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane okresowo i składa ponownie wniosek z tytułu kontynuacji orzeczenia, będzie rozpatrzony po upływie ważności dotychczasowego orzeczenia.**

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,
2. kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej (POTWIERDZONEJ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM),
3. kserokopię posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności bądź grupie inwalidzkiej
4. inne dokumenty, podać jakie

Czy posiada Pan/Pani uprawnienie do kierowania pojazdami? TAK NIE

KATEGORIA:.....

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

- niepotrzebne skreślić*

....., dnia.....
(miejsce i data wystawienia zaświadczenia)

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(ważne tylko 30 dni od dnia wystawienia)
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (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:

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

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 (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 niemożność samodzielnej egzystencji.
Tak / Nie*

W/w. Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności (jeżeli **Tak** wpisać obowiązkowo z jakiego powodu).

Tak/Nie*

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

U w/w Pani/a nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia: **Tak/Nie***

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Miejscowość	Data

Imię i nazwisko
PESEL

Oświadczenie *o miejscu pobytu stałego*

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności¹, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że²:

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

jest:

adres miejsca pobytu stałego

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

podpis oświadczającego

¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 388

² Zakreślić właściwe pole