

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy ZON. 8211-.....

.....

miejsowość i data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

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

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

..... telefon.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Stopniu Niepełnosprawności
ul. Jana Pawła II 17
37-500 Jarosław**

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

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 -Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)
-
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny stan rodzinny
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą* (właściwe zakreślić)
 - prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą* (właściwe zakreślić)
 - poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą* (właściwe zakreślić)
2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne* (właściwe zakreślić)
(jakiego?)
3. sytuacja zawodowa: wykształcenie
/zawód. obecne zatrudnienie

Oświadczenia:*

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego renta / emerytura,*
od kiedy?
2. Aktualnie toczy się / nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym
organem orzecznictwem, podać jakim
3. Składałem(am) / nie składałem(am)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności,
jeżeli tak, to kiedy z jakim skutkiem
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 długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
5. Posiadam ważne orzeczenie podać jakie
.....
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
świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Posiadam / nie posiadam* ważne prawo jazdy/ pozwolenie na kierowanie tramwajami*
seria i numer wydane przez

(podać organ, który wydał uprawnienia do kierowania pojazdami)

**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. Posiadaną dokumentację medyczną,
3. inne dokumenty, podać jakie

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

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu
niepełnosprawności przez

.....
stwierdzenie własnoręcznego podpisu
przez pracownika socjalnego

.....
podpis osoby zainteresowanej

*niepotrzebne skreślić

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności**

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wy stawiającego zaświadczenie? (data)

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

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

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

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności TAK / NIE*

U w/w Pan(i) nastąpiło / nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzkanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu
pracy chronionej

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

**niepotrzebne skreślić*