Nr sprawy PZON.4120. .2021

data wpływu i podpis osoby przyjmującej

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- **dla osób ubiegających się po raz pierwszy o wydanie orzeczenia** ☐
- **dla osób niepełnosprawnych ubiegających się o ponowne wydanie orzeczenia** ☐
- **dla osób niepełnosprawnych ubiegających się o zmianę orzeczenia w związku ze zmianą stanu** ☐

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko ……..….

Nr PESEL…….seria i nr dokumentu tożsamości…….……...

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

Adres zameldowania……..……...

Adres pobytu (powyżej dwóch miesięcy) …….....

Adres do korespondencji …….

Numer telefonu……adres e-mail:……

Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego -*wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest niepełnoletni lub ubezwłasnowolniony*

Imię i nazwisko ……...……...……..

Nr PESEL …….……seria i nr dokumentu tożsamości …….

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

Adres pobytu (korespondencyjny)…….....……

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Oławie

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

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w terapii zajęciowej
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- zaopatrzenia w kartę parkingową
- korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- innych (wymienić jakich)…….……..…

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny……..……, stan rodzinny…….…....

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania :
   a) wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą / z opieką*
   b) poruszanie się w środowisku: samodzielnie / z pomocą / z opieką*
   c) prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą / z opieką*

3. Sytuacja zawodowa : wykształcenie ……zawód……...……
   obecne zatrudnienie…….……..

4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/ wskazane / zbędne *

Oświadczam że:

1. Pobieram świadczenie / nie pobieram* z ubezpieczenia społecznego:
   jakie…….…..
   od kiedy …….……...……..

2. Aktualnie toczy się / nie toczy* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, (podać jakim)…….…...……

3. Posiadam / posiadałem/am* orzeczenie (podać jakie, przez kogo wydane) ……..……
   ……..…..…….
   ważne do ……..……..

   Nie posiadam orzeczenia*

4. Mogę /nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego, **(jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak możliwości osobistego udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby).**
5. 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.
6. **OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

W załączeniu przedkładam:
1. Zaświadczenie o stanie zdrowia.
2. Kserokopię dotychczasowego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności..
3. Kserokopie posiadanych dokumentów medycznych.

….……
podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności może ubiegać się o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia. W przypadku gdy załączona dokumentacja oraz badanie osoby nie wskazują na zmianę stanu zdrowia, skład orzekający wydaje orzeczenie o odmowie wydania orzeczenia zgodnie z § 15 ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

.....
(miejscowość i data)

Pieczątka zakładu
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko pacjenta….....

Data urodzenia……. adres zamieszkania.....

Numer i seria dowodu tożsamości .....

PESEL.....

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej**.....
   .....
   .....
   ……
   …….
2. **Choroby współistniejące** ……..
   …….
   …….
   …….
   …….
   …….
3. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie** ……
   ……
   .....
   .....
   .....
   .....
4. **Opis aktualnego stanu przedmiotowego**
   …….
   …….
   …….

5. **Ocena wyników leczenia, rokowanie**

   .....

   .....

   .....

6. **Używane urządzenia protetyczne, pomoce techniczne, ewentualne zapotrzebowanie w tym zakresie**

   .....

   .....

7. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania, stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia**

   .....

   .....

   ……...

8. **Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

   ……..

   .....

   .....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (podać rok).....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (podać rok).....

11. Pacjent wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji TAK/NIE*

Pacjent jest:

a) zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego, *

b) zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej, *

c) niezdolny/a do osobistego udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, co potwierdza załączona dokumentacja leczenia*.

.....
pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić