

UWAGA!

Osoby, które składają wniosek w celu przedłużenia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, powinny go złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności aktualnego orzeczenia (miesiąc, w którym traci ważność orzeczenie)** -Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23.12.2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności §1 pkt 6

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzeniaObywatelstwo.....

Nr i seria dow. osobistego (paszport, leg. szkol)

PESEL Posiadam prawo jazdy TAK/NIE*

Adres zamieszkania

Numer telefonu.....

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Kościuszki 2, 14-100 Ostróda**

Wniosek składam:

- po raz pierwszy w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
 w związku ze zmianą stanu zdrowia

**Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:
(właściwe podkreślić)**

1. Odpowiedniego zatrudnienia
2. Szkolenia
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 Ustawy z 20.06.1997 Prawo o ruchu drogowym(Dz. U. z 2012 r., poz. 1137, z późn. zm.)
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- należy wpisać w kratkę jeden z powyższych punktów

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny,liczba zamieszkujących wspólnie osób
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
1/ wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
4. sytuacja zawodowa: wykształcenie
- zawód wyuczony.....
- zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. **pobieram* / nie pobieram*** świadczenie pieniężne:
 - a) z ZUS /emerytura/ renta (częściowa niezdolność do pracy/ całkowita niezdolność do pracy/ całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji) *
 - b) KRUS /emerytura/ renta (rolnicza z tytułu niezdolności do pracy) *
 - c) z Pomocy Społecznej (wymienić jakie)
 - d) **posiadam*/ nie posiadam*** aktualne orzeczenie ZUS, KIZ lub KRUS.....**(proszę dołączyć kserokopię orzeczenia)**
2. Oświadczam, że aktualnie **toczy się* /nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. Oświadczam, że **składałem/am* /nie składałem/am*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy.....jaki stopień..... do kiedy jest ważne orzeczenie.....
4. Oświadczam, że **mogę*/ nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. **(Jeżeli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej długotrwałej choroby).**

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.

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostródzie ul. Kościuszki 2 zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)- obowiązuje od dnia 25 maja 2018 roku, gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

Miejscowość.....data.....

(podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, ustanowionego przez sąd)

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

Wniosek oraz aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od daty wystawienia) należy złożyć w oryginałach i dołączyć:

- kserokopię posiadanego orzeczenia

-kserokopie aktualnej dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałami (wyniki badań RTG, USG, TK, MR, karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie choroby z poradni specjalistycznych)

Potwierdzenie zgodności z oryginałem musi zawierać:

-czytelny podpis lub parafkę z pieczętką imienną osoby potwierdzającej

-pieczętkę nagłówkową instytucji potwierdzającej dokumentację medyczną

-datę potwierdzenia

**Uwaga: we wniosku należy wypełnić wszystkie pozycje
Tel. Informacyjny Zespołu: (0-89) 642-73-88**

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA
Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakiem uniemożliwia wszczęcie postępowania.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
Wydane na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL nr i seria dowodu osobistego (paszportu)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiejś 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 szpitali; sanatorium

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

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

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (w załączeniu)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego 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/ Pani wymaga/ nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

W/w Pan/ Pani jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK/NIE*

U w/w Pana/ Pani nastąpiło istotne pogorszenie zdrowia**

.....
podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie