

Dokonano przeglądu wniosku:

dnia:

osoba:

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy : PZON.8321.1.

Miejscowość.....

Data.....

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Nr PESEL

Nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zameldowania.....

Adres pobytu.....

Telefon kontaktowy lub adres poczty elektronicznej (jeżeli osoba posiada):

.....

Wypełnia przedstawiciel ustawowy osób w wieku od 16 do 18 lat lub opiekunowie osób ubezwłasnowolnionych

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

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

Adres zameldowania.....

Adres pobytu.....

Telefon kontaktowy lub adres poczty elektronicznej (jeżeli osoba posiada):

.....

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Tomyślu

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

- 1.) odpowiedniego zatrudnienia
- 2.) szkolenia, w tym specjalistycznego
- 3.) uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- 4.) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie
- 5.) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)
- 6.) uzyskania karty parkingowej
- 7.) korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- 8.) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 9.) uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 10.) uzyskania dodatku mieszkaniowego
- 11.) korzystania z innych ulg na podstawie odrębnych przepisów
- 12.) inne(jakie?).....

Cel podstawowy – proszę wskazać tylko jeden nr (od 1 do 12)

1. Sytuacja społeczna : stan cywilny stan rodzinny osoby

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie z pomocą opieka*b) poruszanie się w środowisku samodzielnie z pomocą opieka*

c) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie z pomocą opieka*

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego-jakiego?.....

4. Sytuacja zawodowa : wykształcenie zawód :

obecne zatrudnienie- miejsce pracy:

Oświadczam, że :

1. Aktualnie pobieram* (nie pobieram *) świadczenia z ubezpieczenia społecznego: tj.

rentę*/emeryturę*/zasilek pielęgnacyjny*/świadczenie pielęgnacyjne*/rentę rodzinną*/

inne..... od kiedy.....

2. Aktualnie toczy się * (nie toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim..... data posiedzenia komisji:

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 i nie rokującej poprawy choroby).

5. Posiadam* (nie posiadam*) ważne orzeczenie-jakie?.....

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.

Wniosek składam*:

Po raz pierwszy;

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia ;

UWAGA: Osoba niepełnosprawna może wystąpić z ponownym wnioskiem nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia;

W związku ze zmianą stanu zdrowia.

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

POUCZENIE: Art. 233. § 1. Kodeksu Karnego - Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

POUCZENIE: Art. 41 § 1-2. Kodeksu postępowania administracyjnego -Strona i ich przedstawiciele mają obowiązek zawiadomić Powiatowy Zespół o każdej zmianie swego miejsca zamieszkania. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia, chyba że nowy adres jest ww. Zespołowi znany.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Nowym Tomysłu, szczegółowe informacje na str.

<http://bip.powiatnowotomyski.pl/procedury/103/wydzial/36/>

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku;
2. kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne;
3. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu);
4. kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, ukończenia kursów, szkoleń (tylko wtedy, gdy celem składanego wniosku jest odpowiednie zatrudnienie).

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

* właściwe podkreślić i uzupełnić