

Dokonano przeglądu wniosku:

dnia:

osoba:

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

(dotyczy osób posiadających orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych Dz.U. z 2024 r., poz. 44)

Nr sprawy : PZON.8321.3.

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):

Wypełniają 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 Tomyszu****Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień i oświadczam, że:****1. Posiadam ważne orzeczenie wydane przez:**

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- inne

Nr orzeczenia/aktz dnia.....

2. O zaliczeniu do:

- a)** I grupy inwalidzkiej; całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji; długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego (KRUS przed 1.01.1998 r.);*
- b)** II grupy inwalidzkiej; całkowitej niezdolności do pracy*;
- c)** III grupy inwalidzkiej; częściowej niezdolności do pracy; długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (KRUS przed 1.01.1998 r.).*

3. Orzeczenie wydano:*

- a)** na stałe
- b)** okresowo i ważne jest do dnia:.....

Uzyskanie orzeczenia niezbędne jest w 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
- 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 rodziny osoby

2.Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> opieka* |
| b) prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> opieka* |
| c) poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> opieka* |

3. Korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego – jakiego?.....

4. Sytuacja zawodowa : wykształcenie zawód :

obecne zatrudnienie- miejsce pracy:

Oświadczam, że:

1. Składałem/am*(nie składałem/am*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy..... z jakim skutkiem.....

2. 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).

3. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydanego 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 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 Tomyślu, szczegółowe informacje na str. <http://bip.powiatnowotomyski.pl/procedury/103/wydzial/36/>

W załączeniu przedkładam:

1. 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
2. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej (oryginały do wglądu)

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

* właściwe podkreślić