Miejsce na adnotacje urzędowe

Dokonano przeglądu wniosku: dnia: …… osoba: ……	Przyjęcie wniosku. PZOON.8321.1. ……. 20……

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Grodzisku Wielkopolskim, ul. Mossego 14

Grodzisk Wielkopolski, dnia ……

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328, ze zm.)

Wniosek składam:*

Po raz pierwszy

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

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

W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko: ……

Data urodzenia: …… miejsce urodzenia ……

Numer PESEL | | | | | | | | | | |

Rodzaj dokumentu tożsamości:*

dowód osobisty - seria i numer ……

paszport - seria i numer ……

legitymacja szkolna – numer ……

prawo jazdy - numer ……

odpis skrócony aktu urodzenia – numer ……

Adres stałego zamieszkania ……

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy *(jeśli jest inny niż adres stałego zamieszkania)* ……

……

Adres do korespondencji *(jeśli jest inny niż adres zamieszkania)* ……

……

Numer telefonu | | | | | | | | | | | |

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: ……

Data urodzenia: …… miejsce urodzenia ……

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Numer PESEL | | | | | | | | | | | |

Rodzaj dokumentu tożsamości: *

dowód osobisty - seria i numer ……

paszport - seria i numer ……

legitymacja szkolna – numer ……

prawo jazdy - numer ……

odpis skrócony aktu urodzenia – numer ……

Adres stałego zamieszkania ……

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy *(jeśli jest inny niż adres stałego zamieszkania)* ……

……

Adres do korespondencji *(jeśli jest inny niż adres zamieszkania)* ……

……

Numer telefonu | | | | | | | | | | | | |

Wniosek składam dla celów:

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
4. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej (WTZ),
5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie,
6. korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji- korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
7. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
8. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
9. uzyskanie karty parkingowej,
10. niepełnosprawność osoby wymaga zamieszkania w oddzielnym pokoju (uzyskanie dodatku mieszkaniowego)
11. uzyskanie zasiłku stałego,
12. korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. inne (wymienić jakie): ……

Cel podstawowy - …… (tylko jeden cel może być podstawowy; wpisać odpowiednią cyfrę dot. celu)

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:

Stan cywilny:* wolny/a, żonaty/mężatka, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona, separowany/separowana

Sytuacja rodzinna:* samotny/a, posiada rodzinę/osoby bliskie - ……

Warunki mieszkaniowe:* mieszkanie, dom jednorodzinny (piętro……, ilość pokoi ……, ciepła woda , centralne ogrzewanie , łazienka , toaleta).

Liczba osób zamieszkujących wspólnie:…….

Źródła dochodu:* wynagrodzenie, brak, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna, zasiłek dla bezrobotnych, emerytura/renta, inne ……

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych			
Poruszanie się			
Prowadzenie gospodarstwa domowego			

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* nie tak, jeśli tak wymienić jaki: ……

……

Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie: …… wyuczony zawód ……
- aktywność zawodowa:*

  aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista
- staż pracy: ……
- zawód aktualnie wykonywany: ……
- doświadczenie zawodowe: ……

  ……

  ……

  ……

  ……

Oświadczenie:

1. Aktualnie **nie pobieram** / **Pobieram*** następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego: emerytura, renta rodzinna, świadczenie rehabilitacyjne, dodatek pielęgnacyjny, renta z tytułu niezdolności do pracy, inne *(jakie?)* ……
2. Nazwa pobieranego świadczenia rentowego: ……
3. **Nie składałem/am** / **Składałem/am*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu …… roku.

   Nie posiadam / **Posiadam*** orzeczenie o …… stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu …… r**.,** ważne do dnia ……r.
4. **Mogę** / **Nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego *(jeśli nie, należy* ***załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie*** *potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby).*

5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

6. W razie stwierdzenia 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 kosztów we własnym zakresie*.

7. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

8. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Załączniki obligatoryjne:

1. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących wydane nie wcześniej, niż 30 dni przez dniem złożenia wniosku, przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana.
2. dokumentacja medyczna - kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem bądź oryginały (np. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG)
3. Kserokopie potwierdzoną za zgodność z oryginałem bądź odpis orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie KIZ o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – jeżeli osoba była orzeczona poza powiatem grodziskim.

.....
podpis osoby składającej wniosek[1]

[1] podpis osoby zainteresowanej lub jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składnia wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....:..... data ur. .....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu, legitymacji szkolnej*).....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7.Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

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

II. Od kiedy pacjent posiada dokumentacje medyczną? **(rok).....

III. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? **(rok).....

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

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

[na podstawie § 8 ust. 3 Rozporządzenia MGPiPS z dnia 15 lipca 2003r. trzeba dołączyć dodatkowe zaświadczenie, jeżeli osoba zainteresowana lub dziecko nie mogą stawić się na posiedzeniu składu orzekającego (Dz.U. nr 139 z 2003r. poz. 9339, ze zm.)]

.....

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenia

<u>Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od wypisania go przez lekarza</u>

* Legitymacja szkolna dot. tylko osób, które nie ukończyły 18 roku życia
** właściwe uzupełnić, niepotrzebne skreślić. DOKŁADNIE WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POZYCJE!!