

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy:

Uwaga! Należy wypełniać czytelnie!

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

Imię i nazwisko

Data urodzeniaWiek Miejsce urodzenia

Adres zameldowania.....

Adres pobytu.....

Adres korespondencji.....

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr i seria dowodu osobistego (paszport)

Nr tel.

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełniają opiekunowie osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych):

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Oświęcimiu**

Zwracam się z prośbą o:

wydanie orzeczenia (wypełniają osoby wnoszące o wydanie orzeczenia po raz pierwszy, z powodu zmiany stanu zdrowia
lub zmianę prawomocnego orzeczenia)

ponowne wydanie orzeczenia (wypełniają osoby posiadające orzeczenie na czas określony)

o stopniu niepełnosprawności w celu ubiegania się o:

- odpowiednie zatrudnienie
- szkolenie
- uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji /korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych/
- uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
- zasiłek stały
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- korzystanie z karty parkingowej
- określenie prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju
- inne, jakie

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny

stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących).....

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
▪ wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, gotowanie, sprzątanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się po schodach, opuszczanie domu, załatwianie spraw w urzędach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. korzystanie ze sprzętu

rehabilitacyjnego

niezbędne

wskazane

zbędne

jeżeli wskazany / niezbędny, to jaki:

3. sytuacja zawodowa:

wykształcenie

zawód wyuczony

obecne zatrudnienie:

Oświadczam, że:

1. **pobieram** świadczenie / **nie pobieram** z ubezpieczenia społecznego (np. renta, emerytura, renta rodzinna, zasiłek pielęgnacyjny)

jakie

od kiedy

2. aktualnie **toczy się** / **nie toczy się** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym,

podać jakim

3. **składałem/am** / **nie składałem/am** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

kiedy.....

z jakim skutkiem

(jeżeli wniosek był składany dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopie orzeczeń KiZ, ZUS, KRUS, MSWiA lub powiatowego zespołu)

4. posiadam prawo jazdy **Tak** / **Nie**

5. **Mogę** samodzielnie (lub **z pomocą drugiej osoby**) przybyć na posiedzenie składu orzekającego

Nie mogę 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 – druk do pobrania w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności).

6. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, w tym badań specjalistycznych wykonywanych w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie, a także konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy/a konieczności wykonania tych badań oraz wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

7. zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Oświęcimiu (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu, a także zmianie innych danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie i w trybie określonym ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015r., poz. 2135)

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

.....
miejsowość, data

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

* należy załączyć kopię pełnomocnictwa lub wyroku sądu – oryginał do wglądu w celu potwierdzenia zgodności z oryginałem

UWAGA!

Do wniosku należy załączyć posiadaną dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie i przebieg leczenia posiadanych schorzeń.