Miejsce na adnotacje urzędowe

.....dnia .....r.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego/Miejskiego
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w .....
.....

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

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

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

Wniosek składam dla celów:

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ szkolenia
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- ☐ uzyskania zasiłku stałego
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ korzystania z karty parkingowej
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (wymienić): .....

.....

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej

Stan cywilny:* ☐ wolny/a, ☐ żonaty/mężatka, ☐ wdowiec/wdowa, ☐ inne .....

Sytuacja rodzinna:* ☐ samotny, ☐ posiada rodzinę/osoby bliskie: .....

Warunki mieszkaniowe: .....

Liczba osób zamieszkujących razem: .....

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

.....

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: .....

.....

Sytuacja zawodowa:

- ✓ wykształcenie: .....
- ✓ aktywność zawodowa:*
  - ☐ aktywny zawodowo, ☐ bezrobotny, ☐ uczeń/student, ☐ emeryt/rencista
- ✓ staż pracy: .....
- ✓ zawód aktualnie wykonywany: .....
- ✓ doświadczenie zawodowe: .....

.....

.....

.....

.....

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

Oświadczenia:

1. ☐ **Nie pobieram/** ☐ **Pobieram*** następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego: ☐ emerytura, ☐ renta rodzinna, ☐ świadczenie rehabilitacyjne, ☐ renta z tytułu niezdolności do pracy ☐ inne *(jakie?)*.....
2. ☐ **Nie składałem/am/** ☐ **Składałem/am*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu..... r.

   ☐ **Nie posiadam/** ☐ **Posiadam*** orzeczenie o..... stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia..... r.
3. ☐ **Mogę/** ☐ **Nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego *(jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby)*.
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego 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 rozpoznania.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).
6. 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:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana*
3. *Kopie posiadanych orzeczeń*
4. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):*

.....

.....

.....

Podpis osoby składającej wniosek[1]

.....

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

* **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

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

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data .....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz sprawujący opiekę medyczną)

Imię i nazwisko .....
Data i miejsce urodzenia .....
Adres zamieszkania .....
Numer PESEL .....
Numer i seria dowodu osobistego .....

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. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

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

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

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:

.....
.....
.....
.....

8. Oświadczam, że:

a) **Mam pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta: □ TAK □ NIE**

Pacjent posiada dokumentację medyczną od roku.....; Pozostaje pod moją opieką medyczną od roku.....

b) **Ww. Pan/i wymaga <u>opieki</u> osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: □ TAK □ NIE**

c) **Ww. Pan/i wymaga <u>pomocy</u> osoby drugiej w pełnieniu ról społecznych: □ TAK □ NIE**

d) **W/w Pan/i jest <u>trwale</u> niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby: □ TAK □ NIE**

e) U ww. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności *(wypełnić, gdy pacjent ponownie ubiega się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności):* **□ TAK □ NIE**

.....
pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* **w przypadku schorzeń okulistycznych zaznaczyć ostrość wzroku i pole widzenia**