

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \*  
WNOSZĘ O:**

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Myszkowie  
42-300 Myszków ul. Partyzantów 21  
tel/fax 34 313 20 29

- Wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  
 Ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności  
 Ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności uwzględniające zmianę stanu zdrowia

Adnotacje urzędowe: Nr sprawy:.....

Nr sprawy z archiwum PZOoN.....

Imię: /...../

Nazwisko: /...../

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

Adres zameldowania.....

Adres pobytu /do korespondencji/.....

Seria i nr dowodu osobistego/ paszportu/ /...../

Nr PESEL /...../ Telefon.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego-wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni\*

.....

Nr PESEL /...../

Seria i nr dowodu osobistego/ paszportu/ /...../

Adres zamieszkania/ pobytu.....

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

**celów:\***

- odpowiedniego zatrudnienia,  
 szkolenia, w tym specjalistycznego  
 uczestnictwa w terapii zajęciowej,  
 konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,  
 korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,  
 korzystania z karty parkingowej  
 korzystania ze świadczeń pomocy społecznej  
 uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego  
 prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju  
 korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, inne jakie.....

**CEL PODSTAWOWY** złożenia wniosku (należy podać 1 z wyżej wymienionych )

.....

1.Sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodzinny.....

CZYNNOŚCI	samodzielnie	z pomocą ( potrzebne wsparcie osób drugih )	z opieką (całkowita zależność od otoczenia )
<b>wykonywanie czynności samoobsługowych</b> (dot. np. higieny osobistej, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków)			
<b>prowadzenie gospodarstwa domowego</b> (dot. np .robienia zakupów ,gotowania, sprzątnięcia)			
<b>poruszanie się w środowisku</b> (dot. poruszania się np. w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystania z środków lokomocji)			

**2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

niezbędne

wskazane

zbędne

**3. Sytuacja zawodowa:**

wykształcenie.....

zawód – posiadane kwalifikacje.....

obecne zatrudnienie.....

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1.  **Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego :** ( *jakie : renta z tytułu niezdolności do pracy – częściowa, całkowita\*, renta rodzinna\*, renta socjalna\* emerytura\* świadczenie przedemerytalne\* świadczenie rehabilitacyjne\**) **od kiedy** ..... **na okres do** .....
2.  **Nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego.**
3.  **Aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym**  
(*podać jakim*) .....
- Aktualnie nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.**
4.  **Składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: (kiedy?)**  
.....  
**i otrzymałem/am stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny**  
**na okres do** ..... **na stałe.**
- Nie składałem/am uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.**
5.  **Mogę samodzielnie\*** /  **z pomocą drugiej osoby\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.**  
 **Nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego**
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 prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna art. 41 § 1 KPA).
8. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Wniosek proszę wypełnić czytelnie !**

**\*) właściwe zakreślić X**

Data.....

.....

Podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**Uwaga : W przypadku niemożności złożenia własnoręcznego podpisu** – osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.



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

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

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

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

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

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

**Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ?**

**TAK / NIE\***

**Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok) .....**

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

**VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO\*.**

1. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

jest zdolny                       jest zdolny z osobą towarzyszącą                       jest niezdolny

2. W przypadku zaznaczenia **braku możliwości odbycia podróży, należy ten fakt uzasadnić:**

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

3. Choroba MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY      TAK       NIE

.....  
Pieczątko i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce