

Spis
dokumentów medycznych załączonych do wniosku
(ułożyć według daty sporządzenia)

[illegible]

....., dnia

.....

(podpis osoby zainteresowanej)

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych -
wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kserokopie potwierdza
placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu medycz.

Wniosek
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy: OGN.1.8321. . 2018

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

**Wniosek o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności
złożyć można najwcześniej 30 dni przed upływem ważności
poprzedniego orzeczenia!**

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																							
DATA URODZENIA																			Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok								
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia																										

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY																											
POCZTA																											

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) **UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI**

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY																											
POCZTA																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PŁEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																							
DATA URODZENIA																			Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok								
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia																										

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

MIEJSCOWOŚĆ																	
ULICA, NR DOMU, LOKALU																	
KOD POCZTOWY			-														
POCZTA																	
TELEFON KONTAKTOWY																	

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X **Zaznaczyć**

☐	Odpowiedniego zatrudnienia
☐	Szkolenia
☐	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
☐	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
☐	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
☐	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Z 2005 R., Nr 108, poz. 908) <i>Karta parkingowa</i>
☐	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
☐	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
☐	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
☐	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
☐	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
☐	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Zaznaczyć X

STAN CYWILNY:	kawaler / panna	☐
	żonaty / zamężna	☐
	separowany / separowana	☐
	wdowiec / wdowa	☐
	rozwódziony / rozwiedziona	☐
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBŚLUGOWYCH	samodzielnie	☐
	z pomocą	☐
	opieka	☐
PORUSZANIE SIĘ	samodzielnie	☐
	z pomocą	☐
	opieka	☐
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	samodzielnie	☐
	z pomocą	☐
	opieka	☐
WYKSZTAŁCENIE	wyższe	☐
	średnie	☐
	zasadnicze	☐
	podstawowe	☐
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	☐
ZAWÓD WYUCZONY		☐
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		☐
ZAWÓD WYKONYWANY		☐

OŚWIADCZENIA:

Zaznaczyć X

CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?			
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO	renta szkoleniowa		
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy		
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy		
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji		
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy		
	renta rolnicza szkoleniowa		
	wojskowa renta inwalidzka		
	policyjna renta inwalidzka		
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr		
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr		
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr		
	CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?	była	
		jest	

Czy ze względu na stan zdrowia, zainteresowany(a) może przybyć na posiedzenie sądu orzekającego?	Zaznaczyć X	
Czy ze względu na stan zdrowia, zainteresowany(a) nie może przybyć na posiedzenie sądu orzekającego? DOŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE	Zaznaczyć X	

Wniosek składałam ze względu na:

Zaznaczyć X

Pierwszy wniosek	
Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	
Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	

Data uzyskania orzeczenia w powiatowym zespole.....
Numer orzeczenia.....

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

....., dnia

.....
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**INFORMACJE DODATKOWE:**

1. składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
 - bezdomnych,
 - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
 - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
 - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość.....

lub praktyki lekarskiej

Data.....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(ważne 30 dni od daty wystawienia, w całości wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w sanatorium, szpitalu

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i
rehabilitacja

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w
w tym zakresie

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie
(w załączeniu)
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

Data.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?.....

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

TAK / NIE*

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

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem wzięcia udziału w posiedzeniu
zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

TAK / NIE*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia

TAK / NIE**

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny
stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie