

UWAGA ! W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 24 lipca 2024 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zgodnie z art. 1 pkt 1 w przypadku złożenia wniosku o wydanie kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.

Data

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NR wniosku :

Nr sprawy : PZOON 5220.2021

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzeniaPESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości.....

Adres zameldowania i pobytu

.....tel.

Adres do korespondencji.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
64-500 Szamotuły ul. Wojska Polskiego 1

Proszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu:*

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia,
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ) ,
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej i inne placówki),
6. spełniania przesłańek określonych w Prawie o ruchu drogowym (karta parkingowa),
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
10. korzystania z prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
11. uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
12. korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
13. inny (podać jaki?).....

Konieczne wskazanie celu podstawowego- nr celu od 1 do 13.....

- I. Sytuacja społeczna: stan cywilnystan rodzinnyosoby
- II. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą / opieka*
 - b) poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą / opieka*
 - c) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą / opieka*
- III. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego – jakiego ?
- IV. Sytuacja zawodowa: wykształcenie zawód wyuczony.....
obecne zatrudnienie – miejsce pracyzawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. Aktualnie pobieram* (nie pobieram*) świadczenia z ubezpieczenia społecznego tj. rentę/ emeryturę/ dodatek pielęgnacyjny /rentę rodzinną / inneod kiedy
2. aktualnie toczy się* (nie toczy się) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim:
3. składałem / am * (nie składałem / am*) uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności, stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy..... z jakim skutkiemwydane przez Zespół w.....
4. mogę* (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

WAŻNE ! W załączeniu przedkładam :

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (ważne 30 dni od daty jego wystawienia)
2. Kserokopie - potwierdzone za zgodność z oryginałem lub oryginały do wglądu- posiadanej dokumentacji medycznej tj. kart informacyjnych leczenia szpitalnego, wyniki konsultacji specjalistów i badań specjalistycznych np. RTG, EKG, USG, EEG, TK, MR i inne posiadane dokumenty medyczne;
3. kserokopie posiadanych orzeczeń ZUS, KRUS, MSWiA lub innych zespołów (oryginały do wglądu)

* właściwe podkreślić

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