

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy PZ.8211/ /200dnia.....

Imię i nazwisko

Nr PESEL.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Adres zameldowania.....

Adres pobytu.....

Numer telefonu.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego*.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Adres zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Oławie

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów**:

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w terapii zajęciowej
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- zaopatrzenia w kartę parkingową
- korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- innych (wymienić jakich).....

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny....., stan rodzinny.....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania :
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą**
 - b) poruszanie się w środowisku: samodzielnie / z pomocą**
 - c) prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą**
3. Sytuacja zawodowa : wykształceniezawód.....
obecne zatrudnienie.....
4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/ wskazane / zbędne **

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest niepełnoletni lub ubezwłasnowolniony

** właściwe podkreślić

Oświadczam że:

1. Pobieram świadczenie / nie pobieram* z ubezpieczenia społecznego:
jakie.....
od kiedy
2. Aktualnie toczy się /nie toczy* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznictwem, (podać jakim).....
3. Posiadam orzeczenie / nie posiadam orzeczenia* (podać jakie, przez kogo wydane).....
.....
ważne do
4. Mogę / nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego, **(jeżeli nie to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej choroby lub nie rokującego poprawy stanu zdrowia).**
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

W związku ze złożeniem wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, stosownie do treści art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002r nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych aktualnie i w przyszłości.

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia
2. kserokopię dotychczasowego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności
3. kserokopie posiadanych dokumentów medycznych

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(ważne 1 miesiąc od daty wystawienia)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer i seria dowodu osobistego.....

PESEL.....

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.....

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

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

.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu).....

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

7. Wykaz istotnych konsultacji lekarskich, załączonych do zaświadczenia.....

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

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

TAK/NIE*

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(podać rok).....

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

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

TAK/NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić