

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy: ZOON-I-40110/.....

Nr kolejny.....

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

ImięImię drugie

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia..... Nr PESEL _ _ _ _ _

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

Adres zameldowania

Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....

Telefony kontaktowe

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

ImięImię drugie

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia..... Nr PESEL _ _ _ _ _

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości

Adres zameldowania

Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....

Telefony kontaktowe

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

- 1) odpowiedniego zatrudnienia,
- 2) szkolenia,
- 3) uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- 4) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- 6) korzystania z karty parkingowej,
- 7) korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- 8) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 9) uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 11) uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- 12) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- 13) innych (wymienić jakich)

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-13)

Mogę / nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego – z powodu?

.....

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Stan cywilny

Wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą / opieka*

Poruszanie się: samodzielnie / z pomocą / opieka*

Prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą / opieka*

Wykształcenie:

wyższe / średnie / zasadnicze / podstawowe / podstawowe nieukończone / bez wykształcenia*

Zawód wyuczony:

Obecne miejsce zatrudnienia (nauki)

Zawód wykonywany

OŚWIADCZENIA:

Aktualnie pobieram świadczenia rentowe? TAK/NIE*

Świadczenia rentowe wypłaca: KRUS, ZUS, MON, MSWiA*

Posiadam (nie posiadam) ważne orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności wydane do dnia

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM
FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA
ZEZNANIA NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego wydane w ciągu 30 dni od daty wystawienia,
2. kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne wniosku,
3. kserokopię świadectwa ukończenia szkoły, ukończenia kursów, szkoleń (tylko wtedy gdy celem składanego wniosku jest odpowiednie zatrudnienie),
4. kserokopię posiadanych orzeczeń wydanych przez PZOON.
5. kserokopię posiadanych orzeczeń wydanych przez KRUS, ZUS, MSWiA i inne.

*niepotrzebne skreślić

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

Miejscowość.....
Data.....

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
ważne 30 dni od daty wystawienia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu).....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

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

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

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

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

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

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

7. Wykaz wykonanych 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 / data /

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 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
wydającego zaświadczenie

.....
* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnianie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanej dokumentacji medycznej

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie