

UWAGA! WNIOSEK WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI.
DOWÓD OSOBISTY DO WGLĄDU.

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy , data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Numer i seria dowodu osobistego

Nr tel

Do Powiatowego Zespołu
Do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Myślenicach

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
- zasiłek stały,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- korzystanie z karty parkingowej,
- inne

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny

stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą
wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x
prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x
poruszanie się w środowisku, zdolność do samodzielności	x	x

2. korzystanie ze sprzętu

rehabilitacyjnego	niezbędne	wskazane	zbędne
	x	x	x

3. sytuacja zawodowa:
wykształcenie
zawód wyuczony.....
zawód wykonywany.....
obecne zatrudnienie

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenia (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego, jakie
od kiedy.....
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy
z jakim skutkiem
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 lub nie rokującej poprawy choroby).
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.
6. zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Myślenicach (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

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

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

Załączniki*:

1. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA WYDANE PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO OSOBĘ SKŁADAJĄCĄ WNIOSEK.
2. DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ.
3. DOKUMENTACJĘ PSYCHOLOGICZNĄ.
4. KSEROKOPIĘ PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA KIZ, ZUS, KRUS LUB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO.
5. INNE DOKUMENTY

* niepotrzebne skreślić