**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia**

**o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy PZO 8321.2. .2020 Miejscowość……………..

Data..................................

***Dane osoby zainteresowanej:***

Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………………………..

Data miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………………..

Nr i seria dowodu osobistego……………………………………………………………………………………..

PESEL…………………………………………………………………………………………............................

Adres zameldowania……………………………………………………………………………………………...

Adres pobytu/do korespondencji …………………………………………………………………………………………………....................  
 (wypełnić jeśli inny niż adres zameldowania)

Nr telefonu………………………………….

Adres e-mail…………………………….  
***Dane przedstawiciela ustawowego:****(osoba która nie ukończyła 18-go roku życia lub osoba ubezwłasnowolniona)*

Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………………………..

Data miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………………..

Nr i seria dowodu osobistego…………………………………………………………………………………….

PESEL…………………………………………………………………………………………............................

Adres zameldowania……………………………………………………………………………………………..

Adres pobytu/do korespondencji …………………………………………………………………………………………………...................  
 (wypełnić jeśli inny niż adres zameldowania)

Nr telefonu………………………………….  
Adres e-mail…………………………….

*Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania*

*o Niepełnosprawności*

*w Łańcucie*

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności składany dla celów:   
(**właściwe zaznaczyć symbolem **X** w kratce)

|  |  |
| --- | --- |
| odpowiedniego zatrudnienia,    szkolenia,    uczestnictwa w terapii zajęciowej,    konieczności zaopatrzenia w przedmioty    ortopedyczne i środki pomocnicze,  korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych), | korzystania z karty parkingowej,    korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej    zasiłku pielęgnacyjnego,    uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym    pokoju  korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów    inne (jakie?) ….............................................. |

**Uzasadnienie wniosku:**

**1. SYTUACJA SPOŁECZNA:**

Stan cywilny: kawaler/panna, żonaty/mężatka, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/a, separowany/a

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA** | **samodzielnie** | **z pomocą drugiej osoby** | **brak możliwości** |
| **wykonywanie czynności samoobsługowych** ( dot. np.: higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków): |  |  |  |
| **poruszanie się w środowisku** (dot. np.: w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji) |  |  |  |
| **prowadzenie gospodarstwa domowego** (dot. np.: robienia zakupów, gotowania, sprzątania opłacania rachunków) |  |  |  |

**2. KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO** (np. kule łokciowe, wózek inwalidzki, proszę wymienić)lub sprzętu rehabilitacyjnego  nie  tak, jeśli tak, wymienić………………………………………………………………………………………

**3. SYTUACJA ZAWODOWA:**

-wykształcenie: brak wykształcenia podstawowe zawodowe średnie wyższe

- zawód wyuczony:

- zawód aktualnie wykonywany

**Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie wydane przez inny uprawniony organ**

***(odpowiednie zaznaczyć)*:**

* zaliczeniu do jednaj z grup inwalidzkich wydane przez…………………………................................
* niezdolności do pracy wydane przez ………………………………………………….........................
* niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez………………………..........................

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram \* (nie pobieram\*) świadczenia z ubezpieczenia społecznego:

jakie………………………………………………………………………………………...........................

od kiedy……………………………………………………………………………………………………

1. Aktualnie toczy się\* (nie toczy\*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem

orzeczniczym, podać jakim ...........................................................................................................................

1. Nie składałem\* ( składałem\*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

data posiedzenia poprzedniej komisji……………………………………………………………………….

z jakim skutkiem……………………………………………………………………………………………

1. Ubiegam się o *(odpowiednie zaznaczyć)*:

* ustalenie stopnia niepełnosprawności
* podwyższenie stopnia niepełnosprawności
* ponowne wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności z uwagi na utratę ważności dotychczasowego orzeczenia

1. Mogę\* (nie mogę\*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego, ( jeśli nie to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obniżonej sprawności organizmu lub długotrwałej choroby).
2. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy(a) wymogu ponoszenia ich 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.***

W załączeniu do wniosku przedkładam :

1. Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu wystawione przez lekarza prowadzącego -

- **(ważne 30 dni od daty wystawienia)-** całe zaświadczenie łącznie z danymi personalnymi pacjenta uzupełnia lekarz

1. Posiadaną dokumentację medyczną(ksero potwierdzone za zgodność z oryginałem)
2. I inne dokumenty podać jakie.................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................

4. ksero orzeczenia Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

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

*podpis osoby zainteresowanej*

*lub przedstawiciela ustawowego*

\*niepotrzebne skreślić