

WNIOSEK
W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osoby która ukończyła 18 rok życia)

Nr sprawy: (miejsowość i data)

Imiona: Nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Nr PESEL _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ , Obywatelstwo:

Dokument tożsamości: (jaki?) seria _/ _/ _/ nr _/ _/ _/ _/ _/ _/ ,

Adres zameldowania na pobyt stały: kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta

miejsowość ul.

nr domu nr mieszkania powiat nr telefonu

Adres zameldowania na pobyt czasowy (powyżej 2 miesięcy):

kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta miejscowość

ul. nr domu nr mieszkania powiat

Adres do korespondencji:

.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności

58-100 Świdnica ul. Wałbrzyska 15

Wniosek składam: **pierwszy raz /ze względu na upływ terminu ważności poprzedniego orzeczenia /ze względu na zmianę stanu zdrowia** i zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- 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 uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z 20.06.1997 - Prawo o ruchu drogowym (DZ. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.),
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów:
 - dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych, dodatek mieszkaniowy,
 - ulgi w abonamencie telefonicznym i radiowo-telewizyjnym, innych

Miejscowość i data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

U Pana /i/

Zamieszkałego /ej/

PESEL _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

stwierdza się, co następuje:

- > Rozpoznanie choroby zasadniczej
-
-
-
-
- > Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie, jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby
.....
-
-
-
-
- > Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące
.....
-
-
-
-
- > Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium
.....
-
-
-
-
- > Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
.....
-
-
-
-

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

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

> Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

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

> Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

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

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół **Tak/Nie***

W/w Pan/i **jest zdolny(a) / nie jest zdolny(a)*** do osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego w siedzibie zespołu.

W przypadku **niemożności osobistego stawiennictwa** na posiedzenie zespołu orzekającego należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie zaoczne^{**} :

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

UWAGA !

Zaoczne rozpatrywanie sprawy występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek (tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.).

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić w przypadku niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego

Starając się o zaliczenie do osób niepełnosprawnych lub o przyznanie stopnia niepełnosprawności należy złożyć w PZON w Świdnicy (pok. nr 10) następujące dokumenty:

1. **Wniosek** – dokładnie, **czytelnie** oraz **kompletnie** wypełniony,
2. **Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** wystawione przez lekarza prowadzącego (zaświadczenie **ważne jest 30 dni** od daty wystawienia przez lekarza),
3. **Kserokopie wszystkich aktualnych orzeczeń** - (PZON, WZON, Prawomocny Wyrok Sądu, ZUS, KRUS, KIZ),
4. **Kserokopie dokumentacji medycznej** mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (**oryginały do wglądu** w momencie składania wniosku).
5. **Kserokopie aktualnego dowodu osobistego** lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.