

WYPEŁNIAĆ DOKŁADNIE (WSZYSTKIE POZYCJE) DRUKOWANYMI LITERAMI. W RAZIE NIE UZUPEŁNIENIA KTÓREJKOLWIEK POZYCJI WNIOSEK ZOSTANIE ODEŚLANY W CELU UZUPEŁNIENIA

WNIOSEK

W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osoby która ukończyła 16 rok życia, a nie ukończyła 18 roku życia)

Nr wniosku
(miejsowość i data)

I. Dane osoby zainteresowanej

Imiona: Nazwisko:

Data urodzenia miejsce urodzenia:

Nr PESEL: _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Legitymacja Szkolna nr:

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

Miejscowość: ul.

nr domu nr mieszkania powiat

Adres zameldowania na pobyt czasowy (powyżej 2 miesięcy):

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

ul. nr domu nr mieszkania

II. Dane przedstawiciela ustawowego osoby zainteresowanej (rodzic, opiekun prawny)

Imiona: Nazwisko

Nr PESEL: _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Data i miejsce urodzenia:

Dokument stwierdzający tożsamość: seria _/ _/ _/ nr _/ _/ _/ _/ _/ _/

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

Miejscowość: ul.

nr domu nr mieszkania nr telefonu

III. Adres do korespondencji: kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta

Miejscowość: ul.

nr domu nr mieszkania powiat

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
58-100 Świdnica, ul. Wałbrzyska 15**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności: **pierwszy raz /ze względu na upływ terminu ważności poprzedniego orzeczenia /ze względu na zmianę stanu zdrowia dla celów (właściwe podkreślić):**

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia w tym specjalistycznego,
3. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
4. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze,
6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych,
7. konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (zasilek stały),

8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
9. korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów:
 - karta parkingowa,
 - prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pomieszczeniu,
 - dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych,
 - inne

1. **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

- | | | |
|--|---------------------------|----------|
| a/ wykonywanie czynności samoobsługowych | samodzielnie [*] | z pomocą |
| b/ poruszanie się w środowisku | samodzielnie* | z pomocą |

2. **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?)**

3. **Sytuacja zawodowa** – uczęszczanie do szkoły (TAK/NIE*) jakiej

4. Oświadczam, że nie składano* / składano / uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności oraz stopnia niepełnosprawności, w **Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w** (kserokopia ostatniego orzeczenia w załączeniu)
 data komisji data ważności orzeczenia

5. Oświadczam, że aktualnie toczy się* / nie toczy się / w sprawie osoby zainteresowanej postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać w, jakim*: **WZON we Wrocławiu, Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.**

6. **Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego*:**

- osoba zainteresowana przybędzie z opiekunem,
- osoba zainteresowana nie może przybyć (w tym przypadku należy **załączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

7. W razie stwierdzenia przez skład orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza – jestem świadom/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

8. Do wniosku należy dołączyć oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku oraz kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności (oryginały do wglądu).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej (wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
2. Posiadaną dokumentację medyczną, tj.
3. Kserokopię ostatniego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.

.....
 Czytelny podpis przedstawiciela
 ustawowego osoby zainteresowanej

* Niepotrzebne skreślić

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/

Urodzonego / ej/ w

Zamieszkałego /ej/

Którego /ej/ tożsamość ustalono na podstawie /rodzaj, seria i numer dokumentu/

..... nr PESEL _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

stwierdza się, co następuje:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt 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 stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

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

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)

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 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** - dzieci uczące się (od 7 do 18 lat) – kserokopia ważnej legitymacji szkolnej.