

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Proszę wypełnić drukowanymi literami.

Numer sprawy..... miejscowość, data
Nadaje powiatowy Zespół

Imię i nazwisko.....
Data urodzenia.....Miejsce ur.....
PESEL _ _ _ _ _
Nr dowodu osobistego (paszportu)
Adres zamieszkania (stałe zameldowanie).....
.....
Adres pobytu (korespondencyjny).....
TELEFON

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania
o Niepełnosprawności
ul. Ks. Opolskich, 45-006 Opole**

Proszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu*:

- Odpowiedniego zatrudnienia
- Szkolenia, w tym specjalistycznego
- Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- Uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie
- Korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
- korzystanie z systemu pomocy społecznej
- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- Uzyskania karty parkingowej
- Uzyskania dodatku mieszkaniowego (zamieszkiwania w oddzielnym pokoju)
- Inne (jakie?).....

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:

Stan cywilny.....Stan rodziny.....osób

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | |
|--|----------------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | samodzielnie / z pomocą / opieka |
| b) prowadzenie gospodarstwa domowego | samodzielnie / z pomocą / opieka |
| c) poruszanie się w środowisku | samodzielnie / z pomocą / opieka |

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego – tak / nie jakiego?.....

4. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie.....
- b) zawód.....
- c) obecne zatrudnienie – miejsce pracy.....

Oświadczam, że:

1. Aktualnie pobieram / nie pobieram* świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. rentę*/ emeryturę*/ zasiłek pielęgnacyjny*/ świadczenie pielęgnacyjne*/ rentę rodzinną*/inne.....
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 (grupy inwalidzkiej).

Jeżeli tak, to wydano orzeczenie przez **ZUS, KRUS, MON, MSWiA, Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z dn.
na stałe / do dnia.....

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 i nie rokującej poprawy choroby).

5. W razie stwierdzenia 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 kosztów we własnym zakresie.

UWAGA: dot. osób, które posiadają ważne orzeczenie Powiatowego lub Wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności:

Wniosek składam z powodu zmiany stanu zdrowia* / przedłużenia orzeczenia*

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktyczny i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub utajenie prawdy.

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, (**ważne jest 1 miesiąc od daty wystawienia przez lekarza!**)

2. kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne

3. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu)

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego

* właściwe podkreślić lub uzupełnić