

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Wołowie**

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- Dane osoby zainteresowanej:**

Telefon kontaktowy | | | | | | | | | |

Wniosek składam do celów: *

1. ☐ szkolenia,
2. ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
3. ☐ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
4. ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
5. ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
6. ☐ korzystania z ulg i uprawnień (wskazać jakich?)
7. ☐ uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej,
8. ☐ uzyskanie karty parkingowej,
9. ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
10. ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
11. ☐ uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (w związku z ubieganiem się o dodatek mieszkaniowy).

Cel podstawowy ubiegania się o orzeczenie (wskazać tylko jeden numer): |__|

Stan cywilny: * ☐ wolny/a, ☐ żonaty/ mężatka, ☐ wdowiec/ wdowa, ☐ inne

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: *

wykonywanie czynności samoobsługowych:	☐	samodzielnie	☐	z pomocą	☐	konieczna opieka
poruszanie się:	☐	samodzielnie	☐	z pomocą	☐	konieczna opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego:	☐	samodzielnie	☐	z pomocą	☐	konieczna opieka

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: (wymienić z jakiego)

Sytuacja zawodowa:

Proszę zakreślić X w jednym z poniższych: *

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------|
| - wykształcenie | ☐ | aktywny zawodowo, |
| - zawód wyuczony | ☐ | bezrobotny, |
| - zawód obecnie wykonywany | ☐ | uczeń/student, |
| | ☐ | emeryt/rencista. |

Oświadczenia: *

1. ☐ **Pobieram** ☐ **nie pobieram:** ☐ emeryturę ☐ rentę ☐ rentę rodzinną
2. ☐ **Składałem/am** ☐ **nie składałem/am** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności,
Jeżeli tak, to gdzie i kiedy
☐ **Nie posiada** ☐ **posiada orzeczenie** o stopniu niepełnosprawności wydane w dniu

ważne do dnia

3. **Mogę / nie mogę przybyć*** na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożonej nierokującej poprawy).

4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w wyznaczonym terminie.

5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

W załączniku przekazuję:

1. Oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.
2. Oryginał lub uwierzytelnione kopie dokumentacji medycznej potwierdzające aktualny stan zdrowia.
3. Kopie posiadanych orzeczeń (innych niż tutejszego zespołu).

*właściwe zaznaczyć

.....
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o orzeczenie lub przedstawiciela
ustawowego osoby niepełnoletniej albo opiekuna prawnego w
przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość

data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
(ważne 30 dni od daty wypisania)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr dowodu PESEL

- Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

- Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowanie choroby:

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

- Uszkodzenia innych narządów i układów, oraz choroby współistniejące:

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

- Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty 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/Pani wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/Pani jest zdolny/nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół.
tak/nie

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić