

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

.....
miejsowość i data

Nr sprawy PZON.....

Imię/imiiona i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego..... Obywatelstwo.....

PESEL.....

Adres zamieszkania (zameldowania)

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Imię i nazwisko opiekuna prawnego (dotyczy wniosku składanego dla osoby pomiędzy 16 a 18 r.ż. i ubezwłasnowolnionej)

Seria i nr dowodu osobistego..... Obywatelstwo.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Nr telefonu.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi 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 usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- uzyskania zasiłku stałego
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z karty parkingowej
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne (wymienić):

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

Sytuacja rodzinna:* samotny, posiada rodzinę/osoby bliskie:

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących razem:

Źródła dochodu:* wynagrodzenie, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna,

zasiłek dla bezrobotnych, emerytura/renta, brak, inne:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

| | samodzielnie | z pomocą | pod opieką |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poruszanie się | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: * nie tak, jeśli tak, wymienić:

Sytuacja zawodowa:

wykształcenie:

aktywność zawodowa: * aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista

staż pracy:

zawód aktualnie wykonywany:

doświadczenie zawodowe:

Oświadczam, że

1. Pobieram świadczenie rentowe: TAK NIE

Jeżeli TAK to jakie:

renta szkoleniowa

renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy

renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy

renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji

renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy

renta rolnicza szkoleniowa

wojskowa renta inwalidzka

policyjna renta inwalidzka

renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr.

renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr.

renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr.

2. aktualnie nie toczy się* (toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, jeżeli tak, to proszę podać jakim ZUS KRUS MSWiA WZON inne.....

3. Nie składałem/am/ Składałem/am* uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności w dniu r.

Orzeczenie PZON....., ważne do dnia r.

4. Mogę/ Nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (**jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby**).

5. W razie stwierdzonej 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 świadom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Załączniki

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.

2. Kserokopie dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, wyniki opisowe badań RTG, KT, USG, RM, zaświadczenia od lekarzy specjalistów, konsultacje oraz inne dokumenty medyczne (**potwierdzone za zgodność z oryginałem**)

3. **Uwierzytelnioną kserokopię** posiadanego orzeczenia: Lekarza Orzecznika ZUS lub KRUS o niezdolności do pracy, orzeczenie KIZ o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (wymienić): .

.....

Wniosek składam:

Po raz pierwszy

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

W związku ze zmianą stanu zdrowia

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego)

