WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy PZON……..... **……**
miejscowość i data

Imię/imiona 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	☐	☐	☐
Poruszanie się	☐	☐	☐
Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

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 orzeczniczym, 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 Nr ……., 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.

7. 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).....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Obsługa spraw związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, orzeczeń o wskazaniach do ulg i uprawnień Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż: 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel/fax. 15 8416368, e- mail: poczta@pcpr-nisko.pl. 2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Kołodziej z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 15 8416368 oraz e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl. 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następującym celu: wydanie orzeczenia Na podstawie: Art.. 4. ust. 1, pkt 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym, Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych 4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być: Wojewódzki Zespół ds.. Orzekania o Niepełnosprawności 5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej. 6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.: Zgodnie z kategorią archiwalną 7. Posiada Pani/Pan prawo: a) dostępu do treści swoich danych, b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, c) prawo do przenoszenia danych, d) prawo wniesienia sprzeciwu. 8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania. 10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

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)

UWAGA!

Należy wypełnić **czytelnie wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

WYPEŁNIA TYLKO JEDEN LEKARZ

……

(miejscowość i data)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego: .....

PESEL : .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (tylko jedno rozpoznanie): ……

   .....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium :

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

   ……

   ……

   ……

   ……

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy, dalsze leczenie i rehabilitacja :

   ……
   ……
   ……
   ……

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie :

   ……
   ……
   ……

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu) :

   ……
   ……
   ……

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia :

   ……
   ……
   ……

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? TAK/NIE*
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok).....
10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?(rok)…….
11. W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. TAK / NIE *
12. W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności . TAK / NIE *
13. Pogorszenie stanu zdrowia – dotyczy osób ubiegających się o ponowne orzeczenie:

    ……
    ……
    ……
    ……
    ……

……..

(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Imię/imiona i nazwisko……
Data i miejsce urodzenia……Seria i nr dowodu osobistego……
Obywatelstwo ……..PESEL……..
Adres zamieszkania (zameldowania)…….

Szczegółowa ocena funkcjonowania osoby badanej w skali Barthel

- ☐ dotyczy
- ☐ nie dotyczy ze względu na rodzaj schorzenia

L/p	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	**Spożywanie posiłków** 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	**Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)** 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	**Utrzymanie higieny osobistej** 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	**Korzystanie z toalety (WC)** 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	**Mycie, kąpiel całego ciała** 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	**Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)** 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spacery z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50.	
7.	**Wchodzenie i schodzenie po schodach** 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	**Ubieranie i rozbieranie się.** 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	**Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	**Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu	
	Wynik kwalifikacji	**pkt.**

* niepotrzebne skreślić

……
(stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Zaświadczenie ważne jest <u>jeden</u> miesiąc od dnia jego wystawienia.

Spis

dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

……., dnia …….

(Miejscowość)

……..

(podpis osoby zainteresowanej)

<u>Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych</u>

wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kserokopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu **po okazaniu oryginału dokumentu medycznego**.