

ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów (**надбавки та права за іншими нормативно-правовими актами**).

inne(jakie?) (**інші (які?)**)

.....
Cel główny:.....

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

Дані про соціальне та професійне становище:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny (**сімейний стан**)

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć):

(Здатність функціонувати незалежно (поставте галочку відповідно)

wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą opieka

(діяльність самообслуговування)

prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą opieka

(ведення домашнього господарства)

poruszanie się w środowisku: samodzielnie z pomocą opieka

(переміщення в навколишньому середовищі)

3. Sytuacja zawodowa (**Професійна ситуація**):

wykształcenie zawód wyuczony

(освіта) (вивчена професія)

obecne zatrudnieniezawód wykonywany

(поточна зайнятість) (виконувана професія)

4. korzystanie z sprzętu ortopedycznego tak/nie* jaki?

(використання ортопедичного обладнання так / ні * що?)

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **Pobieram / nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego

Я отримую / не отримую * виплати соціальні

Jakie(які):od kiedy (**з якого часу**):

2. **Składałem / nie składałem*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności (**Я раніше подавав/не подавав***) **заяву про визначення ступеня інвалідності в**roku, otrzymałem/am stopień (**року, отримав/ла**):.....ważny do (**важливий до**)

3. **Mogę/ nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

Я можу /не можу * бути присутнім особисто на комісії.

4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

У разі необхідності проведення додаткових консультацій спеціалістів чи госпітальних спостережень, що доповнюють надану довідку про стан здоров'я, видану лікарем, визначається комісією, мені відомо про вимогу нести їх витрати самостійно.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Я ЗАЯВЛЯЮ, ЩО ДАНІ, ЩО МІСТИТЬСЯ У ЗАЯВІ, ВІДПОВІДАЮТЬ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, І Я ОБІЗНАЮ ПРО ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПЕРЕВІРКУ НЕПРАВДИ ЧИ ВІДМОВЛЕННЯ ІСТИНИ.

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
- Kserokopie wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

ПРИМІТКА: При подачі заяви на отримання сертифіката про ступінь інвалідності ви повинні подати:

- Оригінал заяви та інформація про обсяги догляду (уважно заповніть кожну графу),
- Оригінал медичної довідки (дійсний 30 днів з дня видачі лікарем),
- Ксерокопії будь-якої документації, яка засвідчує інвалідність і на яку це може вплинути рішення визначення ступеня інвалідності, наприклад, інформаційні картки лікарні, історія хвороби, аналізи додаткові висновки, консультації та медичні довідки,
- Фотокопії попередніх рішень (якщо такі є)

.....
data i miejscowość
дата і місце

.....
podpis osoby zainteresowanej lub
jej przedstawiciela ustawowego

*) niepotrzebne skreślić

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

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

(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia, oraz musi zawierać stempel podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpis lekarza, datę i dane osobowe pacjenta.)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu PESEL

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, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty 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 dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....
.....

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)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE *

W/w Pan(i) **wymaga / nie wymaga** * opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

U w/w Pana(i) **nastąpiło / nie nastąpiło** * istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie).

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności **TAK / TAK, Z OSOBĄ TOWARZYSZĄCĄ / NIE ***

W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

.....

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekań dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwie zaznaczyć