

Nr sprawy (номер справи): .....  
wypełnia pracownik (заповнює працівник)

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO POWIATOWEGO ZESPOŁU SPRAW O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUCKU  
(ЗАЯВА НА ВИДАННЯ РІШЕННЯ ПРО ІНВАЛІДНІСТЬ)**

Imię i nazwisko (ім'я і  
прізвище) .....

Data i miejsce urodzenia  
(дата і місце проживання) .....

Nr i seria dok. Tożsamości ..... Obywatelstwo  
(номер і серія паспорту) ..... громадянство .....

Pesel (песель) |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adres stałego pobytu  
(адрес постійного  
проживання) .....

Telefon (телефон) .....

Adres e-mail (адрес мейл) .....

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów** (najważniejszy cel proszę zaznaczyć krzyżykiem):

**Звертаюся з проханням про видання ступеня інвалідності для цілей** (необхідне зазначити):

- odpowiedniego zatrudnienia (відповідне працевлаштування)
- szkolenia (навчання),
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej (участь у трудових семінарах),
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (необхідність постачання ортопедичних виробів і допоміжних засобів),
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (використання системи екологічного забезпечення в самостійному існуванні),
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 Prawa o ruchu drogowym (використання пільг і прав відповідно до арт. 8 уст. 1 Закону про дорожній рух) ,
- korzystania z systemu pomocy społecznej (використання системи соціального забезпечення),
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego (допомога по догляду),
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego (отримання допомоги по догляду),
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (проживання в окремій кімнаті),
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze (отримання опікуном додаткової відпустки по догляду за дитиною)
- 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)**

prorowadzenie 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 zatrudnienie .....zawód 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 містяться 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.)**

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.

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE\***

U w/w Pana(i) **nastąpiło / nie nastąpiło\*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

### **Adnotacja zakładu pracy chronionej**

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

.....  
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić