

Nr sprawy:
wypełnia pracownik

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUCKU**

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznacz właściwe pole):

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, lub 3 miesiące, u osób kończących 16 rok życia**)
- ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia (*przy aktualnie ważnym orzeczeniu*)

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego Obywatelstwo

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania

Adres pobytu

Adres e-mail Telefon

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy : dziecka do 18 roku życia, osób ubezwłasnowolnionych)

Imię i nazwisko

Nr i seria dowodu osobistego Obywatelstwo

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania

Adres pobytu

Adres e-mail Telefon

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW
(zaznacz właściwe pole):

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ szkolenia
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2020 r. poz. 110 tj.)
- ☐ korzystanie z świadczeń pomocy społecznej
- ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (jakie?).....

Cel główny:

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. stan cywilny: ☐ kawaler / panna ☐ żonaty / zamężna ☐ wdowiec / wdowa
☐ rozwiedziony / rozwiedziona ☐ separowany / separowana

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

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

3. wykształcenie 4. zawód wyuczony.....

5. obecne zatrudnienie : tak | nie* 6. zawód wykonywany.....

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

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **nie pobieram** | **pobieram*** świadczenia rentowe jakie.....

2. Oświadczam, że **nie składałem/am** | **składałem/am*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w roku, otrzymałem/am stopień: ważny do

3. Oświadczam, że **mogę / nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.)

4. Oświadczam, że 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 świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza leczącego **nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku**,
2. Kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań, historie choroby, itp., wraz z oryginałami do wglądu, lub kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem (pieczęć instytucji, czytelny podpis, data)
3. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające.
4. Odpis aktu urodzenia (w przypadku osób do 18 roku życia)

.....
data i miejscowość

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego.

.....
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 nie może być wydane wcześniej, niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku, 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

.....
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE *

12. Pacjent **wymaga / nie wymaga *** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

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

14. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem osobistego udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności?

NIEZDOLNY / ZDOLNY *

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

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

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć