

**WNIOSEK**  
**o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**  
(wypełnia osoba zainteresowana DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nr sprawy ZO.5215. .20

.....  
Miejscowość i data

Wniosek składam (zaznaczyć znakiem X):

- po raz pierwszy
- w związku ze zmianą stanu zdrowia proszę o zmianę orzeczenia z dnia.....
- w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia z dnia.....
- w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. *Prawo o Ruchu drogowym (Dz. U. Z 2012 r. poz. 1134, ze zm.)*
- inne.....

**Imię i nazwisko** .....

**Data i miejsce urodzenia**.....

**Nr PESEL**   

**Adres zameldowania stałego** .....

**Adres pobytu lub korespondencji (jeżeli jest inny niż zameldowania)**.....

**Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)** ..... **Nr tel.** .....

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego** (dotyczy osób pomiędzy 16-18 rokiem życia lub ubezwłasnowolnionych)

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- zasiłku pielęgnacyjnego,
- zasiłku stałego,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- korzystania z karty parkingowej,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- inne (jakie?) .....

**CEL PODSTAWOWY (należy wybrać jeden):**.....

Uzasadnienie wniosku:

**1. sytuacja społeczna:**

stan cywilny:..... ilość dzieci i ich wiek..... osoby wspólnie zamieszkujące:.....

**2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, jakiego:**

niezbędne      wskazane      zbędne  
.....                                                           

**3. sytuacja zawodowa:**

wykształcenie:.....zawód wyuczony:.....  
obecne zatrudnienie:.....  
zawód wykonywany:.....

#### 4. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	całkowita opieka
- wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, przygotowywanie i spożywanie posiłków, ubieranie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, gotowanie, sprząatanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się, załatwianie spraw w urzędach, korzystanie ze środków komunikacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- w zakresie komunikowania się (rozumienie mowy, zdolność do słyszenia, widzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uczestnictwo w życiu społecznym (kontakty interpersonalne, rozwiązywanie codziennych problemów, podejmowanie decyzji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie  / nie pobieram  z ubezpieczenia społecznego \*(renta socjalna, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji (I grupa), całkowitej niezdolności do pracy (II grupa), częściowej niezdolności do pracy (III grupa), emerytura, renta rodzinna, renta lub emerytura MSWiA, renta lub emerytura KRUS, zasiłek pielęgnacyjny, inne (jakie?)).....) **\*właściwe podkreślić**
2. aktualnie toczy się  / nie toczy się  w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim .....
3. składałem/am  / nie składałem/am  uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: data posiedzenia....., orzeczenie ważne do..... z jakim skutkiem (podać stopień).....
4. mogę samodzielnie  / mogę z opiekunem  /nie mogę  przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu z uwagi na długotrwałą lub nie rokującą poprawy chorobę).
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia złożonego zaświadczenia o stanie zdrowia o dodatkowe badania, konsultacje specjalistyczne lub obserwacje szpitalne, jak również konieczności dojazdu na badania w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
6. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, (Dz.U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/osoby będącej pod moją opieką danych osobowych, polegające na ich zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu i udostępnianiu.

Jednocześnie ja niżej podpisany/a pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, składam oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Niniejszy wniosek jest zwolniony z opłaty skarbowej zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1b ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, (Dz.U. z 2006 r. Nr 225 poz. 1635 z późn. zm).

.....  
**podpis osoby zainteresowanej i\*/lub  
jej przedstawiciela ustawowego**

\*dotyczy osób pomiędzy 16-18 rokiem życia

#### Osoba składająca wniosek winna bezwzględnie do wniosku dołączyć:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego osobę składającą wniosek (UWAGA! Zaświadczenie jest aktualne przez 30 dni od daty wystawienia),
2. kserokopie wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej i psychologicznej potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, (przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub oryginały należy okazać przy składaniu wniosku),
3. kserokopię posiadanego prawomocnego orzeczenia KiZ, ZUS, KRUS, MON, MSWiA lub zespołu powiatowego (w przypadku odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności należy dołączyć kserokopię prawomocnego orzeczenia lub wyroku Sądu) - kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez właściwy organ lub oryginały należy okazać przy składaniu wniosku.

**Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 32 624-75-55**

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Ośrodka Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez:

.....  
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

.....  
podpis osoby zainteresowanej

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....  
Data .....

## Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Numer i seria dowodu osobistego .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, 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 wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu):

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

• Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie\*

• Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

• Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

• W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie\*

• W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

Tak / Nie\*

Jeśli tak – proszę określić przyczyny niestawiennictwa.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

**UWAGA! NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE LEKARKIE TRACI WAŻNOŚĆ PO UPŁYWIE  
3 M-CY OD DATY WYSTAWIENIA**

\* niepotrzebne skreślić