

DOKUMENTY NIEZBEDNE DO WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. WNIOSEK
2. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA **ważne 3 miesiące**
{wypełnia lekarz prowadzący}
3. DOKUMENTACJA MEDYCZNA potwierdzająca rozpoznanie choroby zasadniczej i współistniejącej wpisanej przez lekarza w zaświadczeniu o stanie zdrowia, zawierająca w szczególności:
 - historię choroby
 - szpitalne karty informacyjne
 - dokumentację leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego
 - wyniki badań diagnostycznych
 - konsultacje specjalistyczne
 - opisy zdjęć rtg

**WAŻNE!!! DOKUMENTY MEDYCZNE NALEŻY ZŁOŻYĆ
W UWIERZYTELNIONYCH KOPIACH. (ksero dokumentacji medycznej)**

1. KSEROKOPIA DOTYCHCZAS POSIADANEGO ORZECZENIA WYSTAWIONEGO PRZEZ POWIATOWY LUB WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ {nie dotyczy to osób ubiegających się pierwszy raz o wydanie orzeczenia} ORAZ WYROK SĄDU w przypadku odwołania od orzeczenia
2. INNA DOKUMENTACJA W TYM BADANIA PSYCHOLOGICZNE
3. **DOWÓD OSOBISTY**{do wglądu} KERO SKRÓCONEGO AKTU URODZENIA {dotyczy dzieci}

**KOMPLETNA DOKUMENTACJE NALEŻY SKŁADAĆ OSOBIŚCIE LUB ZA
POŚREDNICTWEM POCZTY NA ADRES GORLICE UL. SŁONECZNA 7 (pok. 12).**

miejsowość i data

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Pierwszorazowy* / Powtórny * / Ze względu na zmianę stanu zdrowia*

Imię _____

Nazwisko _____

Data urodzenia ____-____-____ miejsce urodzenia

Nr PESEL _____

Dokument stwierdzający tożsamość: seria _____ nr _____

Obywatelstwo

Adres zameldowania na pobyt stały: kod _____ - _____ poczta

Miejscowość ulica nr

Adres miejsca pobytu

Adres do korespondencji

Numer telefonu

Adres e.mail

Dane przedstawiciela ustawowego osoby w wieku do 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię _____
 Nazwisko _____
 Data urodzenia ____-____-____ miejsce urodzenia.....
 Nr PESEL _____
 Dokument stwierdzający tożsamość: seria _____ nr _____
 Obywatelstwo
 Adres zameldowania na pobyt stały: kod ____-____ poczta
 Miejscowość ulica nr
 Adres do korespondencji

**do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Gorlicach**

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

(ZAZNACZYĆ TYLKO JEDEN Z NIŻEJ WYMIENIONYCH)

- odpowiedniego zatrudnienia;
- szkolenia;
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej;
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (tzn. usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)
- korzystania z systemu pomocy społecznej;
- pobierania zasiłku (świadczenia) pielęgnacyjnego;
- uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju;
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze;
- korzystania z uprawnień na podstawie art.8 ustawy prawo o ruchu drogowym (karta parkingowa);
- korzystania z innych ulg i uprawnień dla osób niepełnosprawnych (wymienić jakich

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny			
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:	samodzielnie	z pomocą	konieczna opieka
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
b) poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐
3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego (podać jakiego)*			
	niezbędne	wskazane	zbędne

4. sytuacja zawodowa:

☐ ☐ ☐

- 1) wykształcenie
2) zawód wyuczony
3) zawód wykonywany
4) obecne zatrudnienie

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.

proszę załączyć kserokopię orzeczenia (oryginał do wglądu)

2. Aktualnie toczy / nie toczy* się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym (np. ZUS, KRUS, Sąd Pracy, Wojewódzkim Zespołem) podać jakim
3. Składałam(-em) / nie składałam (-em)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy ze skutkiem brak, lekki, umiarkowany, znaczny* na okres do....., na stałe*
4. posiadam / posiadałam (-em)* orzeczenie innego organu - podać jakie, przez kogo wydane: ważne do

proszę załączyć kserokopię orzeczenia (oryginał do wglądu)

5. Na posiedzenie składu orzekającego*:

- mogę przybyć samodzielnie;
- przybędę z opiekunem;
- nie mogę przybyć (w tym przypadku należy dołączyć **zaświadczenie lekarskie potwierdzające** niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

6. w przypadku wystawienia przez specjalistę na posiedzeniu składu orzekającego skierowania na badania specjalistyczne wykonywane przez Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie **jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów związanych z dojazdem** na te badania we własnym zakresie.

7. 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.**

8. oświadczam, że **zgadzam się** na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartej w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej w moim miejscu zamieszkania lub pobytu, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności.

9. **Zobowiązuję się** do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gorlicach (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

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

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

* właściwe zaznaczyć i wypełnić czytelnie

Do wniosku należy **bezwzględnie** dołączyć:

1. **oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego osobę składającą wniosek (**ważne 30 dni** od daty wystawienia przez lekarza),
2. **kserokopie** dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznane schorzenie, w tym w szczególności:
 - kserokopie konsultacji specjalistycznych, opisów rtg, wyników badań, kart wypisowych ze szpitala, kart informacyjnych, opinii i orzeczeń psychologicznych oraz wyników badań psychologicznych,
 - kserokopie posiadanych orzeczeń o inwalidztwie, niepełnosprawności - w tym w szczególności posiadanego orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gorlicach,
 - dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość do wglądu
 - kserokopię ostatecznego orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie lub Wyroku Sądu, w przypadku odwołania się od orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

(zaświadczenie jest ważne 3 miesiące
od daty wypełnienia przez lekarza)

..... data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gorlicach

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

Numer PESEL

Nr 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 do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu
do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.
Tak / Nie*

Informacja dla lekarza wypełniającego zaświadczenie – w przypadku zaznaczenia braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGA:

1. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.

* właściwe zakreślić

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

Wyniki badania specjalistycznego

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Gorlicach

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Adres zamieszkania lub pobytu
Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)
PESEL

Opinia lekarza specjalisty :

I Rozpoznanie czynnościowe z uwzględnieniem okresu i dynamiki procesu chorobowego:

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

II Czy stwierdzone naruszenie sprawności organizmu ma charakter trwały (stały), czy okresowy,
jakie jest rokowanie i **od kiedy trwa stwierdzone naruszenie sprawności :**

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

III Czy, z uwagi na stopień naruszenia sprawności organizmu i ograniczenie samodzielnej
egzystencji, badany wymaga stałej lub okresowej pomocy i opieki innej osoby ? *

TAK

NIE

Jeżeli tak, to w jakim
zakresie
.....
.....
.....

IV Ewentualne potrzeby w zakresie konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne,
środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie:

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

V Zalecane dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza :

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

VI Wskazania i przeciwwskazania do wykonywania zatrudnienia (rodzaj i warunki pracy):

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

.....
pieczęć i podpis lekarza badającego

* właściwe zakreślić

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych
w Starostwie Powiatowym – Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w Gorlicach

W związku z realizacją wymogów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE nr 119 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej rozporządzeniem 2016/679 lub RODO, informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Gorlicach przy ul. Słonecznej 7, 38-300 Gorlice, tel. 0 18 352 42 60, adres e-mail: pzon@powiatgorlicki.pl.

2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można skontaktować się z Administratorem poprzez jeden z podanych wyżej kanałów kontaktowych lub z inspektorem ochrony danych lub osobą go zastępującą w czasie jego nieobecności za pośrednictwem adresu e-mail: iod@powiatgorlicki.pl lub telefonicznie tel. 533 369 636.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 pkt g rozporządzenia 2016/679.

4. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa, a po tym okresie dla celów archiwalnych zgodnie zobowiązującymi przepisami.

6. Każdy na prawo do dostępu do treści swoich danych i uzupełnienia niekompletnych danych, prawo żądania sprostowania, prawo żądania ograniczenia przetwarzania w granicach określonych prawem.

7. Podanie Powiatowemu Zespołowi do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności danych osobowych umożliwiających Pani/Pana identyfikację jest obowiązkiem wynikających z przepisu prawa. Jeśli Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności tych danych nie będzie posiadał, Pani/Pana sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona.

8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących naruszałoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 2016/679.

9. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że została mi przedstawiona informacja z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE nr 119, ze zm. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
Podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Jeżeli osoba zainteresowana nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo, należy pobrać i wypełnić niżej zamieszczone dokumenty tj. Ocenę samodzielności wg skali Barthel oraz ocenę funkcjonowania społecznego.

**Ocena samodzielności osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia
o niepełnosprawności/stopnia niepełnosprawności wg zmodyfikowanej skali Barthel**

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI */	WARTOŚĆ PUNK- TOWA **/
1.	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0= zależny 5= potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0= w ogóle nie porusza się, porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 5= niezależny poruszający się na wózku 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość powyżej 50 m 15= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji 10= samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
WYNIKI KWALIFIKACJI ***/		

*/ w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

.....

data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki

**Ocena funkcjonowania społecznego dla potrzeb postępowania
o ustalenie stopnia niepełnosprawności- wypełnia pracownik socjalny OPS**

I. Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.
3. Adres zamieszkania/pobytu1.....
4. Wykształcenie..... staż pracy.....
5. Aktywność zawodowa: * ☐ pracujący, ☐ bezrobotny (zarejestrowany w PUP: TAK/NIE²), ☐ uczeń/student,
☐ emeryt/rencista, ☐ inne.....
6. Źródła dochodu: * ☐ wynagrodzenie, ☐ brak, ☐ na utrzymaniu rodziny, ☐ pomoc społeczna,
☐ zasiłek dla bezrobotnych, ☐ emerytura/renta, ☐ inne
7. Uwagi:.....

II. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa:

1. Stan cywilny: * ☐ wolny, ☐ kawaler/panna, ☐ żonaty/mężatka, ☐ wdowiec/wdowa,
☐ rozwiedziony/rozwiedziona, ☐ inne.....
2. Sytuacja rodzinna: * ☐ samotny, ☐ posiada rodzinę/osoby bliskie
.....
.....
.....
3. Warunki mieszkaniowe: * ☐ mieszkanie, ☐ dom jednorodzinny (piętro....., ilość pokoi.....,
ciepła woda....., centralne ogrzewanie....., łazienka....., toaleta.....), liczba osób
zamieszkujących wspólnie:....., inne (w tym zakład karny, dom dziecka).....
.....
4. Potrzeby dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń: * ☐ nie wymaga, ☐ wymaga (jakie?)
.....
.....
.....

III. Charakterystyka środowiska lokalnego w zakresie możliwości uzyskania wsparcia:

1. Ze strony rodziny: * ☐ brak możliwości, ☐ możliwe wsparcie: (kto jest w stanie udzielić wsparcia)
.....
.....
.....
2. Czy osoba obecnie objęta jest środowiskowym wsparciem? * ☐ nie, ☐ tak (jakim?).....
.....
.....

IV. 1. Informacje od osoby orzekanej o jej funkcjonowaniu na poziomie aktywności indywidualnej:

1) Zdolność w zakresie samoobsługi:

- a) Utrzymanie higieny osobistej: * ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?).....
.....
.....
- b) Ubieranie i rozbieranie się: * ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?).....
.....
.....

*Niewłaściwe skreśli

c) Spożywanie posiłków: * ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

d) Załatwianie potrzeb fizjologicznych ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?)

e) Inne czynności samoobsługi:

2) Zdolność w zakresie poruszania się:

a) Zdolność do przemieszczania się: * ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

b) Zdolność do korzystania z publicznych środków transportu: * ☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

3) Zdolność w zakresie komunikowania się:

a) Zdolność do słyszenia: * ☐ pełna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

b) Zdolność do artykulacji i rozumienia mowy: * ☐ pełna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

c) Zdolność widzenia: * ☐ pełna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

4) Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego: * ☐ pełna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

2. Informacje od osoby orzekanej o jej uczestnictwie w życiu społecznym (w tym aktywność zawodowa, nawiązywanie relacji społecznych i interpretacji społecznych):*

☐ zdolna, ☐ ograniczenia (jakie?).....

.....
Podpis osoby zainteresowanej

*właściwie zakreślić

V. 1. Dot. Sprawności osoby w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (proszę określić stopień samodzielności / uzależnienia od innych) w ocenie pracownika socjalnego:

2. dot. zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie, pełnienia ról (proszę określić stopień samodzielności / uzależnienia od innych) w ocenie pracownika socjalnego:

Miejscowość, data

Podpis pracownika socjalnego.....

