Wniosek w sprawie wydania orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności lub ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności
(powyżej 16 roku życia)

ADRES: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Al. Pokoju 44 42-202 Częstochowa tel. 343660464 Godziny pracy: poniedziałek, środa, czwartek, piątek 8:00- 15:00 wtorek:7:00-17:00	*ADNOTACJE URZĘDOWE :* NR SPRAWY: *Zd.8421.....* nr sprawy w archiwum PZOoN..... EKSMOON ☐

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Numer i seria dowodu osobistego .....

PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **nr tel.** .....

Adres stałego zameldowania (z kodem).....

.....

Adres pobytu*.....

Adres do korespondencji*.....
* *wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania*

Dane przedstawiciela ustawowego (***dotyczy osób do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionych wyrokiem sądu)***

Imię i nazwisko.....

Numer i seria dowodu osobistego .....

Adres .....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

☐ **po raz pierwszy**
☐ **po raz kolejny*** (***złożyć nie wcześniej niż 60 dni*** *przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)*
☐ **z tytułu zmiany stanu zdrowia**

Orzeczenie to potrzebne jest mi do :

- ❑ 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 usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych/
- ❑ uzyskania karty parkingowej
- ❑ Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- ❑ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ❑ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ❑ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- ❑ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ❑ innych (wymienić jakich).....

CEL PODSTAWOWY.....

Pozostałe informacje:

1.Stan cywilny: ☐ panna/kawaler ☐ mężatka/żonaty ☐ rozwiedziony/a ☐ wdowa/wdowiec ☐ separowana/separowany

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐z opieką
- poruszanie się w środowisku: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐z opieką
- prowadzenie gospodarstwa domowego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐z opieką

3. Sytuacja zawodowa: Wykształcenie:..... Zawód wyuczony:.....

☐ Zatrudniony/a jako..... ☐ Brak zatrudnienia

Oświadczam, że:

1. ☐ **Pobieram świadczenia** ☐ **Nie pobieram świadczeń** - z ZUS, KRUS, MSWiA:

Jeśli tak, to jakie: ☐ **RENTA** grupa / niezdolność do pracy.....

☐ **EMERYTURA**

2. Aktualnie: ☐ **toczy się** ☐ **nie toczy się** - w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym (WZON, Sąd Pracy itp.).

Jeśli tak, podać przed jakim:.....

3. ☐ **Składałem** ☐ **Nie składałem** - uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności przez powiatowy lub miejski zespół ds. orzekania o niepełnosprawności:

Jeżeli tak, to kiedy i gdzie(rok) .....

Z jakim skutkiem (stopień).....ważne do.....

4. ☐ **Mogę samodzielnie** (lub z pomocą drugiej osoby) **/** ☐ **Nie mogę** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

Jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia na komisję.

<u>UWAGA! Do wniosku należy koniecznie dołączyć:</u>

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego** – *jest ono **ważne przez 3 miesiące od daty wystawienia** i w tym terminie należy dostarczyć je z wnioskiem*
2. **Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** (aktualne wyniki badań, wypisy ze szpitala, opinie psychologiczne, kopie kartotek, itp.; w przypadku ponownego składania wniosku – *tylko dokumentację przybyłą od czasu poprzedniej komisji*
3. **Dowód osobisty do wglądu** (w przypadku osoby między 16 a 18 rokiem życia – legitymacja szkolna, paszport lub tymczasowy dowód osobisty)

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.

Zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego Art. 41. § 1. oświadczam, że zobowiązuję się poinformować Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Częstochowie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania.

.....

podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego