

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**Wniosek składam:**

- Po raz pierwszy**
 W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
 W związku ze zmianą stanu zdrowia
 W celu weryfikacji/zmiany orzeczenia, dotyczącego wydania karty parkingowej

Nr sprawy.....

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu, legitymacji szkolnej)*

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres do korespondencji

Nr telefonu

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Pleszewie**

I. Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu:*

- 1) odpowiedniego zatrudnienia,
- 2) szkolenia, w tym specjalistycznego,
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- 5) konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie,
- 6) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług społecznych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki),
- 7) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 8) uzyskani świadczenia pielęgnacyjnego,
- 9) uzyskanie karty parkingowej,
- 10) uzyskania dodatku mieszkaniowego,
- 11) inne (jakie?).....

II. Sytuacja społeczna: stan cywilnystan rodzinny.....

1. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/ z pomocą/opieka*
 - b) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie/ z pomocą/opieka*
 - c) poruszanie się w środowisku samodzielnie/ z pomocą/opieka*
2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
3. Sytuacja zawodowa: wykształceniezawód.....
obecne zatrudnienie – miejsce pracy.....

III. Oświadczam, że:

1. **Pobieram (nie pobieram*)** świadczenie z ubezpieczenia społecznego, tj. renta / emerytura/ zasiłek pielęgnacyjny/ świadczenie pielęgnacyjne/ renta rodzinna/ inne.....od kiedy.....
2. Aktualnie **toczy się (nie toczy się*)** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, jeśli toczy się podać przed jakim

3. **Nie składałem (składałem*)** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy z jakim skutkiem
4. **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 nie rokującej poprawy choroby).
5. **Posiadam (nie posiadam*) ważne orzeczenie** (ZUS, KRUS, MSWiA)– podać jakie.....
które nie zawiera informacji będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
6. 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.
7. Zobowiązuję się powiadomić o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie w przeciwnym razie jestem świadoma/y skutku prawnego doręczenia pisma pod wskazany we wniosku adres.

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

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE Z USTAWĄ Z Dn. 29 SIERPNI 1997 r. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (Dz. U. Nr 133 z 1997 r., z późn.zm.).

Do wniosku należy dołączyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, które ważne jest 30 dni od daty wystawienia.**
2. **Posiadaną dokumentację medyczną (wypisy ze szpitala, konsultacje lekarzy specjalistów, badania specjalistyczne – EKG, ECHO SERCA, EEG, TK, MR USG, wyniki opisowe badań RTG (zdjęcia przedkłada się do wglądu na posiedzenie składu orzekającego), oraz inne posiadane dokumenty - (kserokopia w kopercie A4 za potwierdzeniem z oryginałem).**
3. **Kserokopie orzeczenia innych organów orzecznich.**
4. **Kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, ukończenia kursów, szkoleń (tylko wtedy, gdy celem składanego wniosku jest odpowiednie zatrudnienie).**
5. **Kserokopie poprzedniego orzeczenia z Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.**

WNIOSKI BEZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZAJACEJ POSIADANE SCHORZENIA NIE BĘDĄ PRZYJMOWANE.

.....
**podpis osoby zainteresowanej lub
przedstawiciela ustawowego**

*niepotrzebne skreślić