

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy
..... (miejsce i data)

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres stałego zameldowania
Numer PESEL Nr i seria dowodu osobistego
Nr telefonu

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

UWAGA- dotyczy osób niepełnoletnich i osób ubezwłasnowolnionych

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres stałego zameldowania
Numer PESEL Nr i seria dowodu osobistego
Nr telefonu

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Starogardzie Gd.
ul. Mickiewicza 9, tel.56-129-40**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (właściwe podkreślić)

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenie
- 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/
- korzystanie z karty parkingowej
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- inne (korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie oddzielnych przepisów)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:
stan cywilny
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania *:
wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą
prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą
poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą
3. Sytuacja zawodowa
wykształcenie
zawód wyuczonyzawód wykonywany.....
obecne zatrudnienie

Oświadczam, że:

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego jakiego?
2. Byłem /nie byłem/ jestem* zaliczony do stopnia niepełnosprawności: z jakim skutkiem?.....
3. 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 lub nie rokującej poprawy choroby).
4. 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.
5. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, należy złożyć w ciągu miesiąca od daty wystawienia.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

* niepotrzebne skreślić

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

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 Nr i seria dowodu osobistego

NIE WYPEŁNIAĆ PO ŁACINIE !

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 (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji).

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 wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (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 niepełnosprawności.

Tak/Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić