

# Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy .....

.....  
(miejsowość i data)

*Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności  
w Starogardzie Gdańskim  
ul. Mickiewicza 9, tel. (58) 56-129-40*

## Wniosek składam:

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą stanu zdrowia

## DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres stałego zameldowania .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania).....

Adres do korespondencji.....

Numer PESEL ..... Nr i seria dowodu osobistego .....

Nr telefonu .....Adres e-mail.....

## DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

**UWAGA** - dotyczy osób niepełnoletnich i osób ubezwłasnowolnionych

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres stałego zameldowania .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania).....

Adres do korespondencji.....

Numer PESEL ..... Nr i seria dowodu osobistego .....

Nr telefonu .....Adres e-mail.....

**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 / opieka

poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą / opieka

prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą / opieka

3. Sytuacja zawodowa

wykształcenie .....

zawód wyuczony.....zawód wykonywany.....

obecne zatrudnienie .....

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram / nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego

jakie? .....

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 30 dni od daty wystawienia.**

**6. Do wniosku należy załączyć kserokopię dokumentacji medycznej.**

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

.....

czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić

## **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