

Łączna, dnia

Nr sprawy: PZON.8321.1
(nadaje Zespół)

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób powyżej 16 roku życia)**

- 1. O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **TAK/NIE**
– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- 2. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **TAK/NIE**
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na czas określony
- 3. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA** **TAK/NIE**
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL.....Telefon

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zameldowania na pobyt stały: 2...-.....

Adres pobytu (korespondencyjny):

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych).....Nie dotyczy

Data i miejsce urodzenia PESEL

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania:

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Łącznej**

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
- korzystania z karty parkingowej (art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym),
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych),
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z innych ulg (jakich?)

Cel podstawowy:
(proszę wskazać jeden z wyżej zaznaczonych)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna

Stan cywilny:

(np. panna, zamężna, wdowa)

Stan rodzinny:

(ilość osób na wspólnym utrzymaniu)

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

*właściwe zaznaczyć symbolem **X** w kratce

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*

niezbędne wskazane zbędne

3. Sytuacja zawodowa

Wykształcenie:

Zawód wyuczony:

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową tak nie

Zawód wykonywany

Oświadczam, że*:

1. **Pobieram** **Nie pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Jakie:

Od kiedy:

2. Aktualnie **toczy się** **nie toczy się** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.

Podać jakim:

3. **Składałem** **Nie składałem** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Jeżeli tak, to kiedy:

Z jakim skutkiem:

Data wydania ostatniego orzeczenia: Numer sprawy:

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 nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).

5. 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.

Proszę o wcześniejszy termin komisji: TAK NIE

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

W załączeniu do wniosku przedkładam (uwaga! – wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu):

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego wypełnione czytelnie we wszystkich rubrykach **wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku**,

2. Posiadaną dokumentację medyczną,

3. Orzeczenie organu rentowego, jeżeli zostało wydane (ZUS, KRUS, MSWiA, MON),

4. Inne dokumenty, podać jakie:

POUCZENIE:

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

2. Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

3. Jeżeli Pan(i) posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 14 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.

4. Jeżeli Pan(i) posiada orzeczenie organu rentowego: ZUS, KRUS, służb mundurowych, itp. należy je przedłożyć wraz ze składanym wnioskiem.

5. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Łęcznej z siedzibą przy ul. Krasnystawska 52. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji procedury orzekania o stopniu niepełnosprawności. Ich podanie jest obowiązkowe, zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328 z późn. zm.). Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....
podpis osoby zainteresowanej lub w przypadku osoby
niepełnoletniej podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

Wniosek należy wypełnić pismem drukowanym.