Numer sprawy ...., dnia ..... r.

(miejscowość) (data)

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO POWIATOWEGO/MIEJSKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W .....

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

☐ Po raz pierwszy

☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**
(§ 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. 2015 poz. 1110)

☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia (§ 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania
o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. 2015 poz. 1110)

☐ Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności

☐ W celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zameldowania (stały, czasowy)
.....

Adres do korespondencji.....

Telefon kontaktowy [__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

Imię i nazwisko
.....
.....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji .....

Telefon kontaktowy [__[__[__[__[__[__[__[__[__]

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

- ☐ szkolenia,
- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ korzystania z rehabilitacji,
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
- ☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?) .....
  .....
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju)

<u>Uzasadnienie wniosku:</u>

1. sytuacja społeczna: stan cywilny....., stan rodzinny....., zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić)
- poruszanie się w środowisku samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić)
- prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić)

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/wskazane/zbędne (właściwe zakreślić) (jakiego?)

.....

3. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....
.....zawód..... obecne zatrudnienie .....
.....

Oświadczam że:

1. Pobieram/nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta/emerytura,* od kiedy?
.....

2. Posiadam/nie posiadam* orzeczenie organu rentowego i zapoznałem się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997, nr 127, poz. 721, ze zm.), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.

3. Składałem(am)/nie składałem(am)* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ....., z jakim skutkiem
.....

4. Aktualnie toczy się/nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim):

5. Mogę samodzielnie / mogę z pomocą / nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie**
Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2016 poz. 23)
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**
Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137)
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137)
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

***właściwe zaznaczyć**

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

.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....

miejscowość i data
/zaświadczenie jest ważne jeden miesiąc od daty wystawienia/

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu ..... PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta TAK / NIE*

W/w Pan(i) wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE*

U w/w Pana(i) nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczątka zakładu pracy chronionej

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić