

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy..... data.....

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Nr i seria dowodu

Nr telefonu.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kolbuszowej

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów uzyskania

- szkolenia
- odpowiedniego zatrudnienia,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- zasiłku pielęgnacyjnego,
- zasiłku stałego,
- świadczenie pielęgnacyjne dla opiekuna,
- korzystania z karty parkingowej,
- inne:

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:
stan cywilny.....
stan rodzinny.....

- | Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: | samodzielnie | z pomocą |
|--|--------------|----------|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych: | x | x |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego: | x | x |
| - poruszanie się w środowisku: | x | x |
| 2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego | niezbędne | wskazane |
| jakiego | | zbędne |
| 3. sytuacja zawodowa: | | |
| wykształcenie..... | | |
| zawód..... | | |
| obecne zatrudnienie:..... | | |
| 4. informacja o posiadaniu prawa jazdy lub pozwolenia do kierowania tramwajem: | | |

- tak

- nie

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 orzekającym:
jakie
od kiedy.....
3. składałem (nie składałem)* uprzednio wnioski o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:
kiedy.....
z jakim skutkiem.....
4. mogę / nie mogę przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
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.

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

Do wniosku załączam :

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku ,
2. posiadaną dokumentację medyczną,
3. inne dokumenty(podać jakie).....
.....
.....
.....
.....

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

*niepotrzebne skreślić