

# WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy PZON.8321. ....

Wpłynęło ..... Podpis przyjmującego.....

....., dnia:...../...../.....

## Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznaczyć znakiem X)

po raz pierwszy

w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

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

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku osoby do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej)

Adres .....

Nr i seria dowodu osobistego .....Data i miejsce urodzenia .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania

O Niepełnosprawności w Wejherowie

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć znakiem X)

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia
- 3) uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- 4) konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- 6) korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 Prawo o ruchu drogowym (DZ. U. z 2005r. Nr 108 poz. 908) /karta parkingowa/
- 7) korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- 8) uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- 9) uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- 11) uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- 12) korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 13) inne.....

Uzasadnienie wniosku:

1. STAN CYWILNY: a) kawaler/panna   
b) żonaty/zamężna   
c) wdowiec/wdowa   
d) rozwiedziony/rozwiedziona   
e) separowany/separowana

2. ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA

	SAMODZIELNIE	Z POMOCĄ	OPIEKA
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. SYTUACJA ZAWODOWA

- a) wykształcenie: - podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego   
- podstawowe   
- zasadnicze   
- średnie   
- wyższe
- b) zawód wyuczony .....
- c) obecnie jestem zatrudniony/na nie  tak  zawód wykonywany.....

**Oświadczenia:**

- Oświadczam, że pobieram (nie pobieram) świadczenia rentowe jakie.....
- Oświadczam, że (nie składałem/am) składałem/am wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w ..... roku, otrzymałem/am stopień: ..... ważny do .....
- Oświadczam, że mogę (nie mogę) samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego.  
(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby.)
- Oświadczam, że 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.**

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku)
2. Kserokopie posiadanych orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.
2. Posiadaną dokumentację medyczną
3. Inne dokumenty ( jakie ).....

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

.....

....., dnia ...../...../ 20...r.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*/wypełnić w języku polskim/*

wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania

*o niepełnosprawności w Wejherowie*

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. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące.**

.....  
.....  
.....  
.....

### **4. Zaawansowane 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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie /w załączeniu

.....  
.....  
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

.....  
.....  
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie /data/ ..... i od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? /data/.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK  NIE

Czy w/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

TAK  NIE

Czy w/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Wejherowie?

TAK  NIE

Czy w/w Pan/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia?

TAK  NIE

.....

/pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie/

### Adnotacje zakładu pracy chronionej

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

.....  
/pieczęć zakładu pracy chronionej/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie/