

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

na podstawie §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

ADRES: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ul. Sienkiewicza 17 27-500 Opatów Tel. 15 868-42-09, 15 868-47-27 Godziny pracy: Poniedziałek-piątek 7:30-15:30	Nr sprawy: PZO-I.8321.1.....
---	------------------------------

Wniosek składam:

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(na podstawie § 15 ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust.2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo.....

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres stałego zameldowania

Adres pobytu powyżej (2 miesięcy).....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania).....

NUMER TELEFONU

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionych wyrokiem sądu)

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia

Nr PESELobywatelstwo.....

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zameldowania

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania)

Numer telefonu /*
adres e-mail:*
<i>* jeśli posiada</i>

Wniosek składam do celów:*

<input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia	<input type="checkbox"/> uzyskanie zasiłku stałego
<input type="checkbox"/> szkolenia	<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/> uczestnictwa w WTZ	<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	<input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych	<input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej
	<input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
	<input type="checkbox"/> inne (wymienić):

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:*

Stan cywilny: wolny/a; żonaty/ mężatka; wdowiec/wdowa; inne

Sytuacja rodzinna: samotny; posiada rodzinę/ osoby bliskie :
(jakiś- podać stopień pokrewieństwa)

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących razem:

Źródła dochodu: wynagrodzenie; emerytura/renta; zasiłek dla bezrobotnych;
 na utrzymaniu rodziny; pomoc społeczna; na utrzymaniu rodziny, brak, inne

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORUSZANIE SIĘ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* NIE; TAK;

(jeśli TAK, wymienić ilość oraz rodzaj sprzętu usprawniającego zaburzone funkcje organizmu lub wspomagającego proces rehabilitacji)

Sytuacja zawodowa:*

- **Wykształcenie:**..... (tytuł, zawód).....
- **Aktywność zawodowa:** aktywny zawodowo; bezrobotny; uczeń/student; emeryt/rencista.
- **Staż pracy (w latach)** **Zawód aktualnie wykonywany:**.....

Doświadczenie zawodowe: (nazwa zakładu pracy – stanowisko)

1. -
2. -

* Właściwie zaznaczyć

Oświadczenia:*

- Nie pobieram/ Pobieram następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:
 emerytura; renta; renta rodzinna; świadczenie rehabilitacyjne;
 renta z tytułu niezdolności do pracy; inne:
- Nie składałem/am / Składałem/am uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w dniu __-__-____ r.
- Nie posiadam / Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu __-__-____ r.; ważne do dnia __-__-____ r.

Uwaga:

- Mogę/ Nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenia składu orzekającego (jeśli NIE – należy załączyć odrębne zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).
- Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, Przewodniczący PZO zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania (§ 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).
- Zobowiązuje się powiadomić** Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (*art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego*).
- Świadomy/a odpowiedzialności karnej** za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z **art. 233 § 1** ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych tj. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie, ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.
- Podaję dane osobowe dobrowolnie oraz zostałem/am poinformowany/a, iż ich niepodanie uniemożliwią rozpatrzenie wniosku.
- Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (dostępnej na stronie starostwa bądź w siedzibie Zespołu).

Załączniki:

- Dokumentacja medyczna;
- Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane **nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku** przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana;
- Kopie posiadanych orzeczeń: PZO, ZUS, KRUS, MON, MSW;
- Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (wymienić):
.....
.....

Podpis osoby składającej wniosek ¹

.....

¹ Podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku składania wniosku przez OPS na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić pisemny dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.