

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŚWIDNIKU

UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 4, 21-040 ŚWIDNIK

TEL. 81 751 54 32 | E-MAIL: PZON@PCPR-SWIDNIK.PL

Numer sprawy:

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

DLA OSÓB, KTÓRE (proszę zaznaczyć tylko jedną możliwość):

- pierwszy raz ubiegają się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ponownie ubiegają się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w związku z faktem, iż posiadane orzeczenie utraciło lub w ciągu 30 dni utraci ważność
- posiadają ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i ubiegają się o ponowne wydanie orzeczenia w związku ze zmianą stanu zdrowia

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Numer PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Numer i seria dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres pobytu (do korespondencji):.....

Telefon kontaktowy:.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / KURATORA / OPIEKUNA PRAWNEGO
(DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB DO 18-TEGO ROKU ŻYCIA LUB UBEZWŁASNOWOLNIONYCH):**

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Numer PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Numer i seria dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres pobytu (do korespondencji):.....

Telefon kontaktowy:.....

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO 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 ulg i uprawnień na podstawie art. 8 Ustawy Prawo o ruchu drogowym
- korzystania ze świadczeń pomocyspołecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów

Cel podstawowy (należy wpisać jeden z zaznaczonych powyżej):

.....

UZASADNIENIE WNIOSKU:

1. SYTUACJA SPOŁECZNA:

Stan cywilny:.....Stan rodziny:.....

2. ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA (proszę zaznaczyć tylko jedną możliwość w każdym z wierszy):

Wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą opieka

Poruszanie się w środowisku: samodzielnie z pomocą opieka

Prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą opieka

3. SYTUACJA ZAWODOWA:

Wykształcenie:.....

Zawód wyuczony:.....

Obecne zatrudnienie:.....

Zawód wykonywany:.....

OŚWIADCZAM, ŻE:

(proszę zakreślić jedną możliwość w każdym z punktów 1 - 3)

1. **Pobieram / nie pobieram** świadczenie z ubezpieczenia społecznego (np. emerytura, renta itp.).
Jeżeli tak, to jakie:.....
2. **Składałem / nie składałem** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
Jeżeli tak, to kiedy:.....
Numer sprawy:
Z jakim skutkiem:.....
3. **Mogę / nie mogę** przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeżeli nie, to do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarza potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby.
4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, jeżeli nie nastąpiła zmiana stanu zdrowia, wniosek o ponowne wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.
6. Oświadczam, iż wszystkie zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świdniku z siedzibą przy ul. E. Orzeszkowej 6. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji procedury orzekania o stopniu niepełnosprawności. Ich podanie jest obligatoryjne, zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. 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.

.....
miejsowość, data

.....
*czytelny podpis wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego
/ kuratora / opiekuna prawnego*

Do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się wnioskodawca, stanowiące Załącznik Nr 1 do wniosku;
2. dokumentację medyczną potwierdzającą stan zdrowia i mogącą mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, karty informacyjne, konsultacje specjalistyczne, opinie lekarskie;
3. inne dokumenty nie stanowiące dokumentacji medycznej, mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹
WYDANE DLA POTRZEB
POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŚWIDNIKU

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer i seria dokumentu tożsamości:.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonywanych badań, potwierdzających rozpoznanie (załączonych do zaświadczenia):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (załączonych do zaświadczenia):

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

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełen wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **TAK / NIE***

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać rok)

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać rok)

11. Zdolność do uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego*:

Pacjent **MOŻE** uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego.

Pacjent **NIE MOŻE** uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.

* *właściwe zaznaczyć*

.....
pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie