

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

miejsowość

Nr sprawy data

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dokumentu tożsamości

PESEL *I I I I I I I I I I I I I I*

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego (jeżeli wnioskodawca nie ukończył 18 roku życia bądź jest częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony)*

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Sanoku
38-500 Sanok ul. Konarskiego 24

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby,
- korzystanie z karty parkingowej
- inne (jakie?)

Uzasadnienie wniosku:

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

	<i>samodzielnie</i>	<i>z pomocą</i>
1/ wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x
2/ prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x
3/ poruszanie się w środowisku	x	x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego *niezbędne wskazane zbędne*

	x	x	x
--	---	---	---

3. sytuacja zawodowa: wykształcenie

zawód

obecne zatrudnienie

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie* (nie pobieram*) z ubezpieczenia społecznego:

jakie od kiedy

2. aktualnie nie toczy się* (toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim.....

3. nie składałem* (składałem*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

jeżeli tak, to kiedyz jakim skutkiem.....

(proszę wpisać numer orzeczenia)

4. mogę* (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

5. posiadam ważne orzeczenie – podać jakie

które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

6. 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 świadom 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. posiadaną dokumentację medyczną,

3. inne dokumenty, proszę podać jakie:

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

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

* niepotrzebne skreślić

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

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

Imię i Nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

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 uszkodzenia, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentacją medyczną? (rok)

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić