

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA
O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEN

Numer sprawydata.....

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Nazwisko..... Imię.....

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

PESEL

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

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości.....

Numer legitymacji szkolnej (w przypadku osób w wieku do 18 roku życia).....

Adres zameldowania

Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 r. życia lub ubezwłasnowolnionych)

Nazwisko..... Imię.....

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

PESEL

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

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości.....

Adres zameldowania.....

Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....

Numer telefonu.....

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Pl. Kościuszki 4B 64-100 Leszno

Proszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu.*

- 1) Odpowiedniego zatrudnienia
- 2) Szkolenia
- 3) Uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- 4) Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- 5) Korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- 6) Korzystania z karty parkingowej
- 7) Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- 8) Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 9) Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 10) Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- 11) Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- 12) Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 13) Innych (wymienić jakich).....

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-13).....

1. Sytuacja społeczna:

Stan cywilny*: kawaler/panna; żonaty/zamężna; wdowiec/wdowa;
rozwiedziony/rozwiedziona; w separacji

Ilość osób wspólnie zamieszkałych

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ▪ 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 miejsce zatrudnienia.....
- zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. Mogę / nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.(jeżeli nie, to należy **dodatkowo załączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby).
2. W razie stwierdzenia 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 kosztów we własnym zakresie.

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

Przyjmuję do wiadomości, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień wydanego na podstawie niniejszego wniosku nie przysługuje odwołanie.

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego

W załączeniu przedkładam:

1. kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.
2. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu).
3. kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, kursów, szkoleń (tylko wtedy, gdy celem składania wniosku jest odpowiednie zatrudnienie).

*** właściwe zakreślić**