

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA
O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. **pierwszorazowy*** 2. **ponowny:** upływ terminu ważności orzeczenia / zmiana stanu zdrowia*

Nr sprawy PZON.8321.

.....data.....

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.....

Adres e-mail.....

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.....

Adres e-mail.....

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. Aktualnie pobieram świadczenie rentowe: TAK/NIE*

Świadczenie rentowe wypłaca: ZUS, KiZ, KRUS, MON, MSWiA*

Nazwa pobieranego świadczenia*:

- emerytura
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
- renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
- inne (jakie?).....

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności TAK/NIE*

Posiadam (posiadałem/am*) orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:

LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY *

Ostatnie orzeczenie było wydane przez Powiatowy/Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w

Orzeczenie jest (było*) ważne do.....

2. 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).
3. 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.

*** niepotrzebne skreślić**

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

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu 30 dni poprzedzających złożenie wniosku.
2. 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.
3. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu).
4. kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, kursów, szkoleń (tylko wtedy, gdy celem składania wniosku jest odpowiednie zatrudnienie).