

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy:.....

.....
Data i miejscowość

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Nr i seria dowodu osobistego.....Pesel.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Adres zameldowania (stały, czasowy).....

Adres pobytu (korespondencyjny).....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

(dotyczy : dziecka do 18 roku życia, osób ubezwłasnowolnionych)

Nr i seria dowodu osobistego.....Pesel.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Adres zameldowania (stały, czasowy).....

Telefon.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pucku

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznacz właściwe pole):

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ szkolenia
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. Z 2005 r. Nr 108, poz. 908)
- ☐ korzystanie z świadczeń pomocy społecznej
- ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (jakie?).....

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodziny.....
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą / opieka*
poruszanie się : samodzielnie / z pomocą / opieka*
prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą / opieka*
3. wykształcenie

4. zawód wyuczony.....
5. zatrudnienie : tak/nie*
6. zawód wykonywany.....
7. Korzystanie z sprzętu ortopedycznego tak/nie* jaki?.....

Oświadczenia:

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenia z ubezpieczenia społecznego:
renta (jaka ?)...../emerytura*
2. Składałem (am)/ nie składałem(am)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy....., z jakim skutkiem.....
3. Mogę/ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej choroby lub nierokującej poprawy choroby.)
4. Posiadam ważne orzeczenie podać jakie.....
.....
które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
5. 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 świadomy wymogu 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.**

Jednocześnie oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) oraz w celu realizacji ustawowych zasad Ośrodka pomocy społecznej- Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pucku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie i pozyskiwanie m.in. w sądach, prokuraturze, policji, ośrodkach interwencji kryzysowej i in. organizacjach o podobnym zakresie działania.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,
2. posiadana dokumentację medyczną,
3. kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające,
4. inne dokumenty , podać jakie.....

.....
Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego.

* niepotrzebne skreślić