

DRUK WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI !

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA
ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
/ dla osób powyżej 16 roku życia /**

Nr sprawy PZOON.500.
(wypełnia Powiatowy Zespól)

miejsowość.....
data

Imię i nazwisko.....

Imię i nazwisko opiekuna.....
(dotyczy wniosku dla osób pomiędzy 16-18 r. ż.)

Data urodzenia - - miejsce

dd mm rrrr

Adres zamieszkania -

(kod pocztowy)

miejsowość,

ulica, nr domu/ mieszkania

Miejsce pobytu -

(kod pocztowy)

miejsowość,

ulica, nr domu/ mieszkania

Nr PESEL Numer telefonu

Seria i numer dokumentu tożsamości

(dowód osobisty, legitymacja szkolna, paszport, akt urodzenia)

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności
ul. Piłsudskiego 30
89-620 Chojnice

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:
(niepotrzebne skreślić) *

Cel podstawowy

(jeden z poniżej podanych)

- odpowiedniego zatrudnienia..... TAK / NIE*
- szkolenia, w tym specjalistycznego..... TAK / NIE*
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej..... TAK / NIE*
- uczestnictwa w terapii zajęciowej..... TAK / NIE*
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze..... TAK / NIE*
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)..... TAK / NIE*
- korzystania z zasiłku pielęgnacyjnego..... TAK / NIE*
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej..... TAK / NIE*
- korzystanie z uprawnień przewidzianych w ustawie o treści: osoba niepełnosprawna spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 zm.)..... TAK / NIE*
- niepełnosprawność osoby wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju..... TAK / NIE*
- inne, jakie

Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny

(kawaler/panna; żonaty/zamężna; wdowiec/wdowa; rozwiedziony/rozwiedziona; separowany/separowana)

stan rodzinny

(liczba osób zamieszkujących razem z wnioskodawcą)

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

(niepotrzebne skreślić) *

wykonywanie czynności samoobsługowych
poruszanie się w środowisku (zdolność do samodzielności)
prowadzenie gospodarstwa domowego

samodzielnie / z pomocą / opieka*
samodzielnie / z pomocą / opieka*
samodzielnie / z pomocą / opieka*

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne*	wskazane*	zbędne*
X	X	X

*zaznaczyć odpowiedni znak „X”

3. Sytuacja zawodowa :

wykształcenie zawód wyuczony
obecne zatrudnienie : TAK / NIE * zawód wykonywany.....

Oświadczam, że :

1. pobieram (nie pobieram) * świadczenie z ubezpieczenia społecznego
jakie
(nazwa pobieranego świadczenia rentowego)
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznictwem, podać jakim
3. składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy
posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
Nr ZOON ważne do.....
wydane przez
4. mogę (nie mogę)* samodzielnie / z osobą towarzyszącą* przybyć na posiedzenie składu
orzekającego (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność
wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
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 .**

* niepotrzebne skreślić

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