

**DRUK WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI !**

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
ZE WZGLĘDU NA ZMIANĘ STANU ZDROWIA  
/ dla osób powyżej 16 roku życia /**

Nr sprawy .....  
(wypełnia Powiatowy Zespól)

miejsowość.....  
data .....

Imię i nazwisko.....

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

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 .....

- 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 )..... **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	samodzielnie / z pomocą / opieka*
poruszanie się w środowisku (zdolność do samodzielności)	samodzielnie / z pomocą / opieka*
prowadzenie gospodarstwa domowego	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 wnioski 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 sądu  
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 .**

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą aktualnego stanu zdrowia

\* niepotrzebne skreślić

Wydano zaświadczenie

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