

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

.....
miejscowość i data

Nr sprawy PZON.I.8321.2. 2011.AOD

Imię/imiiona i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego.....Obywatelstwo.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

Seria i nr dowodu osobistego.....Obywatelstwo.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Nr telefonu.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- uzyskania zasiłku stałego
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z karty parkingowej
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne (wymienić):,

Stan cywilny:* wolny/a, żonaty/mężatka, wdowiec/wdowa, inne

Sytuacja rodzinna:* samotny, posiada rodzinę/osoby bliskie:

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących razem:

Źródła dochodu:* wynagrodzenie, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna,
 zasiłek dla bezrobotnych, emerytura/renta, brak, inne:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: * nie tak, jeśli tak, wymienić:

Sytuacja zawodowa:

wykształcenie:

aktywność zawodowa: * aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista

staż pracy:

zawód aktualnie wykonywany:

doświadczenie zawodowe:

Oświadczam, że

1. **Nie pobieram**/ **Pobieram*** następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:

emerytura, renta rodzinna, świadczenie rehabilitacyjne, renta z tytułu niezdolności do pracy inne (jakie?)

2. **Nie składałem/am**/ **Skladałem/am*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności w dniu r.

Nie posiadam/ **Posiadam*** orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu r., ważne do dnia r.

3. **Mogę**/ **Nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego

(jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

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

Załączniki

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.

2. Dokumentacja medyczna (ksero)

3. Kserokopię posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności.

4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić): .

.....
.....

Wniosek składam:

Po raz pierwszy

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

W związku ze zmianą stanu zdrowia

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego)