

*Wniosek prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

Kalisz, dnia

WNIOSEK
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

PIERWSZORAZOWY **POWTÓRNY** **W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA***

Nr sprawy

Imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

Numer i seria d. o./paszport/leg. szkolna

PESEL

adres zamieszkania

adres pobytu / korespondencji

Nr akt

Nr tel

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Kaliszu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Cel uzyskania orzeczenia :

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- uzyskanie karty parkingowej
- korzystania z systemu pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- ulgi i uprawnienia
- inne (wymienił jakie ?)

Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna :

a/ stan cywilny

b/ stan rodzinny

c/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

- | | samodzielnie | z pomocą |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne	wskazane	zbędne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* właściwy kwadrat zaznaczyć krzyżykiem

3. Sytuacja zawodowa :

wykształcenie

zawód

obecne zatrudnienie

miejsce pracy.....

wykonywany zawód

uczeń/ student.....

(podać nazwę, która klasa, rok)

Oświadczam, że :

1. Pobieram * / nie pobieram */ świadczenie z ubezpieczenia społecznego:

- jakie ? /emerytura, renta inwalidzka – z tytułu niezdolności do pracy, z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy, renta rodzinna, zasiłek pielęgnacyjny, renta socjalna.....

- od kiedy?

2. aktualnie nie toczy się * / toczy się */ w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim / ZUS, Sąd /

3. nie składałem/am / składałem/am /* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności / grupy inwalidztwa/, : jeżeli tak, to kiedy,.....
z jakim wynikiem i do kogo / ZUS, Sąd, PZON.....

4. mogę * / nie mogę /* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. / Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej 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.

6. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu zamieszkania lub miejsca pobytu.

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

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego /rodzic, opiekun prawny/

* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć:

1.zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, (ważne przez 30 dni od daty wystawienia).

2.posiadaną dokumentację medyczną w oryginale lub w kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem.