

WNIOSEK
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy PCPR.PZO.8211/...../..... Tarnów,

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

Adres zameldowania (wraz z kodem pocztowym):.....

.....

Adres do korespondencji.....

Telefon kontaktowy.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
przy PCPR w Tarnowie**

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

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
- korzystania z karty parkingowej

cel główny:.....

Uzasadnienie wniosku:

1.sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodzinny (liczba dzieci).....

2.zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	opieka
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego *	niezbędne	wskazane	zbędne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

opis sprzętu rehabilitacyjnego:.....

4. sytuacja zawodowa : wykształcenie*: niepełne podstawowe
podstawowe
zasadnicze
średnie
wyższe

zawód

obecne zatrudnienie.....

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego:*
renta
emerytura
nie pobieram
2. aktualnie **nie toczy się*** **toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim.....
3. **składałem*** **nie składałem*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy
z jakim skutkiem
nr sprawy:
4. **możę*** **nie mogę*** samodzielnie 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. posiadam ważne orzeczenie, które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów – podać jakie.....
6. 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.

W załączeniu do wniosku przedkładam :

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, **w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku**
2. Posiadana dokumentacja medyczną
3. Inne dokumenty

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

- proszę zaznaczyć właściwy kwadrat

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość
data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość
Nr PESEL
Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.....

.....
.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....
.....
.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....
.....
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie rehabilitacja.....

.....
.....
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?

(Data).....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?

(data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie*

W/w Pan/i wymaga* / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie*

U w/w Pan/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia Tak / Nie **

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia