

WYPEŁNIA pracownik Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

Nr sprawy: ON.8211-1/.....

Data wpływu wniosku:

Wniosek
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(wypełnia osoba zainteresowana DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Numer i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość).....

PESEL

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania rodzica/ opiekuna prawnego (jeżeli wnioskodawca nie ukończył 18 roku życia bądź jest częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony)*

.....

Numer telefonu kontaktowego¹

Adres elektronicznej skrzynki pocztowej (e-mail)¹@.....

**do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Jaśle
ul. Rynek 18
38-200 Jasło**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (właściwe zaznaczyć)

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (przez co rozumie się korzystanie z usług opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
- korzystanie z karty parkingowej
- korzystanie ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej,
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- inne (jakie)

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania: (właściwe zaznaczyć)

	<i>samodzielnie</i>	<i>z pomocą</i>	<i>opieka</i>
1/ wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. sytuacja zawodowa: wykształcenie
- zawód wyuczony
- obecne zatrudnienie (zawód wykonywany)

Zgodnie z §15 ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony i starająca się o jego kontynuację, może złożyć wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności/ stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

Oświadczam, że:

1. Jestem*/ byłem* zaliczony do stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności

TAK*/ NIE*

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

a) emerytura

b) renta z tytułu (nazwa świadczenia rentowego):

- częściowa niezdolność do pracy / całkowita niezdolność do pracy/ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/
niezdolność do samodzielnej egzystencji *

-renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy

-wojskowa renta inwalidzka

-policyjna renta inwalidzka

c) inne

3. Mogę / nie mogę* 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).

4. W razie stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych , uzupełniających złożone zaświadczenia o stanie zdrowia, jestem świadomy/a wymogu dołączenia i ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie .

5. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jaśle (zgodnie z art. 41 kpa) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza pod opieką, którego pozostaję (ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

2. Posiadaną dokumentację medyczną i/ lub psychologiczną w oryginale bądź w kserokopiach potwierdzonych za zgodność z oryginałem.

Załączona do wniosku dokumentacja to między innymi: kartoteki leczenia ogólnego, specjalistycznego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, aktualne opinie psychologiczne (ważne są 2 lata), orzeczenia o konieczności kształcenia indywidualnego lub specjalnego.

Osoby składające wniosek po raz kolejny załączają do wniosku dokumentację powstałą od czasu ostatniego posiedzenia Składu Orzekającego.

Dokumentacja, której oryginalność nie jest potwierdzona (zgodność z oryginałem), nie może być brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 Kodeksu Karnego) – „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Oświadczam, że zapoznałem/ zapoznałam się z informacją o warunkach przetwarzania moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaśle zamieszczoną na stronie internetowej Zespołu www.pzonjaslo.info oraz udostępnionych w siedzibie Zespołu.

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

* niepotrzebne skreślić

¹ należy podać w przypadku wyrażenia zgody na kontakt Zespołu drogą telefoniczną / sms / mail.

Przy składaniu wniosku należy okazać dowód osobisty osoby zainteresowanej .