

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: (właściwie 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: (właściwie zaznaczyć) *samodzielnie* *z pomocą* *opieka*

1/ wykonywanie czynności samoobsługowych

2/ prowadzenie gospodarstwa domowego

3/ poruszanie się w środowisku

3. sytuacja zawodowa: wykształcenie

zawód wyuczony

obecne zatrudnienie (zawód wykonywany)

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 Jasle (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 Jasle 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 .