

składany : po raz pierwszy ponownie w związku ze zmianą stanu zdrowia *

Nazwisko:..... Imiona:.....
PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... Obywatelstwo.....
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia,,
Seria i nr dokumentu tożsamości:..... Tel.....
(rodzaj dokumentu tożsamości - dowód osobisty / paszport / prawo jazdy / legitymacja szkolna / inne)
Adres zameldowania na pobyt stały: (kod, poczta, miejscowość, ulica, nr lokalu)
.....
Adres pobytu (powyżej 2 miesięcy):
Adres do korespondencji:.....

(w przypadku osoby do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej)

Nazwisko..... Imię..... PESEL:

Data i miejsce urodzenia... .. Obywatelstwo.....

Seria i nr dok. tożsamości..... Tel.....

Adres zameldowania /korespondencji.....

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

1. odpowiedniego zatrudnienia
2. szkolenia
3. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4. uczestnictwa w terapii zajęciowej
5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, korzystania z ulg społecznych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
7. korzystania z karty parkingowej
8. korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej
9. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
10. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
11. zamieszkania w oddzielnym pokoju
12. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
13. innych (np. ulga telekomunikacyjna, ulgi w podatku dochodowym, ulgi finansowane z funduszu PFRON, ulgi w przejazdach komunikacją zbiorową),

Cel podstawowy-
(Jako cel podstawowy należy wybrać jeden z punktów z powyższej listy)

1. Sytuacja społeczna:*

a) stan cywilny: kawaler/panna | żonaty/mężatka | wdowiec/wdowa | separowany(a) | rozwiedziony(a)

b) zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

- wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą wymaga opieki
- poruszanie się w środowisku : samodzielnie z pomocą wymaga opieki
- prowadzenie gospodarstwa domowego : samodzielnie z pomocą wymaga opieki

2. Sytuacja zawodowa

- wykształcenie: * podstawowe nieukończone podstawowe zasadnicze średnie wyższe
- zawód/wyuczony.....
- aktualnie wykonuję pracę zarobkową – TAK NIE*, zawód wykonywany

Oświadczam, że:

a) pobieram nie pobieram / * :

- świadczenie emerytalne
- rentę z tytułu: częściowej niezdolności do pracy całkowitej niezdolności do pracy całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- rentę inwalidzką : wojskowa , policyjna
- rentę inwalidzką : I grupy , II grupy , III grupy

b) aktualnie toczy się nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzekającym, podać jakim

c) byłem/am* jestem* nie byłem/am* zaliczony/a do stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności przez PZON (WZON): Nr orzeczenia....., Data wydania

d) na posiedzenie składu orzekającego: *

- mogę przybyć samodzielnie ● przybędę z opiekunem
- nie mogę przybyć - (w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby)

UWAGA! Do wniosku należy obowiązkowo dołączyć:

- zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego (jest ono ważne przez 30 dni od daty wystawienia i w tym terminie należy dostarczyć je razem z wnioskiem)
- kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem (aktualne wyniki badań, wypisy ze szpitala, historię choroby lekarza rodzinnego, opinie lekarzy specjalistów, opinie psychologiczne, opisy zdjęć, itp.)

Składając ponownie wniosek o wydanie kolejnego orzeczenia należy dołączyć tylko dokumentację przybyłą od czasu poprzedniej komisji oraz kserokopie posiadanych orzeczeń, wydanych np. przez PZON, WZON, ZUS, KRUS lub inne

W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, konsultacji specjalistycznych, 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. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy (art. 233 §1 kk)

*Oświadczam, że zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego art.41 § 1 zobowiązuje się poinformować Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Lubaniu o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania.

*Oświadczam, że w związku ze złożeniem wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, stosownie do treści art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz 1781 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych aktualnie i w przyszłości.

W przypadku ubiegania się o ponowne ustalenie niepełnosprawności osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia (§15, ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności)

*właściwie zaznaczyć

.....
(miejscowość i data)

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

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer i seria dowodu osobistego:.....PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadnicze.....

.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie, jakiej dokumentacji stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby)

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.

.....
.....

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

.....
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

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

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia .

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

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną. (data)

.....

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta: Tak Nie*

12. Wyżej wymieniony/a Pan/i wymaga nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

13. Wyżej wymieniony/a Pan/i jest zdolny/a niezdolny/a* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Jeżeli niezdolny /a to z jakiego powodu:

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

14. U wyżej wymienionego/ej Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez Zespół: TAK NIE NIE DOTYCZY *

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie.

Zaświadczenie lekarskie powinno zawierać opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: karty leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historie choroby oraz inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie powinno być wypełnione czytelnie i wyczerpująco.

* właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y, legitymująca/y się dowodem tożsamości nr, wydanym przez zameldowana/y na stałe w ul. pouczona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 KK za składanie fałszywych zeznań w związku ze złożeniem przeze mnie w dniu wnioskiem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oświadczam, iż w okresie od do chwili obecnej tj. ponad dwa miesiące przebywam poza miejscem stałego pobytu tj.ze względów :

1. zdrowotnych tj., lub
2. rodzinnych tj.

w rozumieniu art. 6 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2020r., poz. 426 ze zm.).

Lubań, dn.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie