

.....
miejscowość i data

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

WNIOSEK

w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Charakter wniosku (zaznaczyć jedno): ☐ orzeczenie pierwszorazowe, ☐ ponowne orzeczenie,
☐ zmiana stanu zdrowia, ☐ weryfikacja wskazania do karty parkingowej – dotyczy orzeczeń
wydanych przed 01.07.2014 r. (konieczne oświadczenie).

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię (drugie)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Nr i seria dowodu osobistego/legitymacji szkolnej:

Adres stałego zameldowania:

.....,
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

.....,
kod pocztowy poczta gmina

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres stałego zameldowania):

.....,
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

.....,
kod pocztowy poczta numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego: (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko w wieku 16-18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu)

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię (drugie)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

Nr i seria dowodu osobistego:

Adres do korespondencji:

.....,
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

.....,
kod pocztowy poczta numer telefonu

Cel wydania orzeczenia:

cel podstawowy:

- ☐ odpowiednie zatrudnienie,
- ☐ szkolenia,
- ☐ uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,
- ☐ konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- ☐ korzystanie z karty parkingowej,

- ☐ świadczenia z pomocy społecznej,
- ☐ zasiłek pielęgnacyjny,
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,
- ☐ uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- ☐ inne (jakie?)

Sytuacja społeczna:

- stan cywilny

	samodzielnie	z pomocą	opiekun
- zdolność do samodzielnego funkcjonowania			
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie
- zawód wyuczony
- wykonuję pracę zarobkową ☐ TAK, ☐ NIE
- zawód wykonywany

Oświadczenia (*niepotrzebne skreślić):

1. Oświadczam, że **pobieram / nie pobieram*** świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia

O (podać jakiego)

wydanego przez: **ZUS / KRUS / MSWiA*** w

2. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** orzeczenie o **niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności*** wydane przez **Powiatowy / Wojewódzki*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w:

data wydania:

wynik komisji:

3. Oświadczam, że **mogę / nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.

4. Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy/a 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w trybie określonym postanowieniami ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 z 1997 r., poz. 883)

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