

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego :** (jakie i od kiedy?)
.....
 nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego.
2. **Aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym** (podać jakim)
 aktualnie nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.
3. **Składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:** (kiedy ?)
.....**i otrzymałem/am stopień niepełnosprawności:**
lekki / umiarkowany / znaczny na okres dona stałe.
 nie składałem/am uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.
4. **Mogę samodzielnie* lub z pomocą drugiej osoby* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.**
 nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego (Jeżeli nie, to należy załączyć **dotatkowe zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
5. **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.**

Oświadczenie Wnioskodawcy

6. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.
7. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego – *kto składając zeznanie mające służyć jako 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 dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
8. 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych aktualnie i w przyszłości.

Do wniosku należy załączyć:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, specjalistę lub lekarza rodzinnego nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. posiadaną dokumentację medyczną umożliwiającą ustalenie stopnia niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności,
3. poprzednie lub dotychczasowe orzeczenie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS, ZUS, KIZ, MON,
4. kserokopię dokumentu tożsamości,
5. inne dokumenty, podać jakie

.....
Wniosek proszę wypełnić czytelnie !

*) właściwe zakreślić X

.....
podpis osoby zainteresowanej

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

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

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

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu)

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

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

Tak / Nie *

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?

(rok)

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

Tak / Nie *

W celu udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności pacjent/ka jest:

- a) zdolny/a do odbycia podróży
- b) zdolny/a do odbycia podróży w towarzystwie osoby drugiej
- c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu

U w/w Pana /i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

.....
PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie