

Miejscowość i data .....

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia  
o stopniu niepełnosprawności**

**PIERWSZY / WTÓRNY / POGORSZENIA STANU ZDROWIA**

Nr sprawy: ZO-E-8211/ ...../SN/200.....

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

dokument stwierdzający tożsamość .....

(nr dowodu osobistego/paszport/nr legitymacji szkolnej)

Nr PESEL / / / / / / / / / / / / / / / /

Adres zamieszkania (zameldowanie na pobyt stały)

..... poczta .....

gmina ..... powiat ..... tel. ....

Adres do korespondencji .....

dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy opiekuna osoby, która nie ukończyła 18-go roku życia lub jest ubezwłasnowolniona)

imię i nazwisko .....

Nr PESEL / / / / / / / / / / / / / / / /

adres zamieszkania .....

dokument stwierdzający tożsamość .....

(nr dowodu osobistego/paszport/nr legitymacji szkolnej)

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

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

- 1) odpowiedniego zatrudnienia uwzględniając psychofizyczne możliwości danej osoby,
- 2) szkolenia w tym specjalistycznego,
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej ,
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,
- 6) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- 7) konieczność opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,
- 8) konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- 9) spełnienia przesłańek określonych w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20.06.1997r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. Nr 98, poz. 602 z późniejszymi zmianami),
- 10) konieczność korzystania z prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 11) korzystanie z ulg i uprawnień

Celem podstawowym jest punkt numer .....

## Uzasadnienie wniosku

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny .....  
stan rodzinny (liczba dzieci) .....
2. **zdolność do samodzielnego funkcjonowania (odpowiednie zaznaczyć):**

	samodzielnie *	z pomocą*
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	X	X
b) poruszanie się w środowisku	X	X
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	X	X
3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego .....  
jakie .....
4. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....  
zawód .....  
obecne stanowisko pracy: .....
5. Czy posiada Pan(i) prawo jazdy **TAK / NIE\***  
Nr Prawo jazdy ..... wydane przez .....

## Oświadczenia (odpowiednie podkreślić):

1. Oświadczam, że pobieram (nie pobieram) świadczenia pieniężne:
  - a). z ZUS emerytura renta (od kiedy .....
  - b). z ZUS emerytura renta (od kiedy .....
  - c). z Pomocy Społecznej (wymienić jakie) .....
  - d). data wydania orzeczenia ZUS lub KRUS .....  
przyznana grupa .....  
(data przyznania .....

## **(PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ ORZECZENIA)**

2. Oświadczam, że aktualnie toczy się / nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim .....
3. Oświadczam, że składałem / nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak to kiedy Nr sprawy .....  
Z jakim skutkiem .....
4. Oświadczam, że mogę / nie mogę\* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożliwość 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 na potrzeby lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

## **Do wniosku należy dołączyć kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej** (np. karty leczenia szpitalnego, historię choroby, wyniki badań )

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych poprzez PZON w Elku: ul. Kilińskiego 36 zgodnie z ustawą z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 1021 poz. 926 z późn. zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawozdań i poprawiania.**

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

niepotrzebne skreślić \*

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., data .....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane na potrzeby  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałości uszkodzeń, możliwości 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/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

**Tak / Nie**

.....  
pieczętka i podpis lekarza

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej

.....  
miejsowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane na potrzeby Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego .....

**ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**

1. Czynności samoobsługowe – czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego:

	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
a) załatwiania potrzeb fizjologicznych	X	X
b) wykonywania zabiegów toaletowych	X	X
c) ubierania się	X	X
d) spożywania posiłków	X	X

2. Prowadzenie gospodarstwa domowego – czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego:

a) przygotowania posiłków	X	X
b) robienia zakupów	X	X
c) sprzątanania mieszkania	X	X
d) prania, prasowania, reperacji odzieży i bielizny	X	X

3. Poruszanie się w środowisku – czy osoba badana jest zdolna do samodzielnego:

a) wstawania z łóżka	X	X
b) poruszania się po mieszkaniu	X	X
c) poruszania się w środowisku zamieszkania	X	X
d) korzystania z publicznych środków lokomocji	X	X

4. Czy osoba badana korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego, w tym ze sprzętu ortopedycznego umożliwiającego jej samodzielną egzystencję?

**Tak**

**Nie**

Jeśli **tak**, to jakie: .....

Jeśli **nie**, to czy ma w tym jakieś potrzeby – jakie .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza