

Nr sprawy:

wypełnia pracownik

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznacz właściwe pole):

- ☐ po raz pierwszy
☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego

Pesel

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

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

Telefon

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy : dziecka do 18 roku życia, osób ubezwłasnowolnionych)

Imię i nazwisko

Nr i seria dowodu osobistego

Pesel

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

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pucku

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów
(zaznacz właściwe pole):

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
☐ szkolenia
☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
☐ korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym
(Dz. U. Z 2005 r. Nr 108, poz. 908)
☐ korzystanie z świadczeń pomocy społecznej
☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
☐ inne (jakie?).....

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny stan rodziny

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie | z pomocą | opieka*

poruszanie się : samodzielnie | z pomocą | opieka*

prorowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie | z pomocą | opieka*

3. wykształcenie

4. zawód wyuczony.....

5. zatrudnienie : tak | nie*

6. zawód wykonywany.....

7. korzystanie z sprzętu ortopedycznego tak/nie* jaki?.....

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **nie pobieram** | **pobieram*** świadczenia rentowe jakie.....

2. Oświadczam, że **nie składałem/am** | **składałem/am*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w roku, otrzymałem/am stopień: ważny do

3. Oświadczam, że **mogę / nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego.
(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej 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 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 I JESTEM ŚWIADOMY/A
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Jednocześnie oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883) oraz w celu realizacji ustawowych zasad Ośrodka pomocy społecznej -Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pucku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie i pozyskiwanie m.in. w sądach, prokuraturze, policji, ośrodkach interwencji kryzysowej i in. organizacjach o podobnym zakresie działania.

Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,

2. kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań, itp., potwierdzone za zgodność z oryginałem (imienna pieczętka, podpis, data) lub oryginały do wglądu w chwili składania wniosku,

3. kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające.

data i miejscowość

Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego.

* niepotrzebne skreślić