

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy

Wpłynęło Podpis przyjmującego.....

....., dnia:...../...../.....

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznaczyć znakiem X)

☐ po raz pierwszy

☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego /paszportu/

PESEL

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

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Nr telefonu

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego(wypełnić w przypadku osoby do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej)

Adres

Nr i seria dowodu osobistegoData i miejsce urodzenia

PESEL

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

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania

O Niepełnosprawności w Wejherowie

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć znakiem X)

- 1) odpowiedniego zatrudnienia ☐
- 2) szkolenia ☐
- 3) uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej ☐
- 4) konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ☐
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji ☐
- 6) korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 Prawo o ruchu drogowym (DZ. U. z 2005r. Nr 108 poz. 908) /karta parkingowa/ ☐
- 7) korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej ☐
- 8) uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego ☐
- 9) uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego ☐
- 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju ☐
- 11) uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze ☐
- 12) korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów ☐
- 13) inne..... ☐

Uzasadnienie wniosku:

1. STAN CYWILNY: a) kawaler/panna
b) żonaty/zamężna
c) wdowiec/wdowa
d) rozwiedziony/rozwiedziona
e) separowany/separowana

2. ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA

	SAMODZIELNIE	Z POMOCĄ	OPIEKA
a) wykonywanie czynności samoobsługowych			
b) poruszanie się			
c) prowadzenie gospodarstwa domowego			

3. SYTUACJA ZAWODOWA

a) wykształcenie: - podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego

- podstawowe
- zasadnicze
- średnie
- wyższe

b) zawód wyuczony

c) obecnie jestem zatrudniony/na nie tak zawód wykonywany.....

Oświadczenia:

- Oświadczam, że pobieram (nie pobieram) świadczenia rentowe jakie.....
- Oświadczam, że (nie składałem/am) składałem/am wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w roku, otrzymałem/am stopień: ważny do
- 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 obłożnej i długotrwałej choroby.)
- 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.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku)
2. Kserokopie posiadanych orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.
2. Posiadaną dokumentację medyczną
3. Inne dokumenty (jakie).....

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

.....

....., dnia/...../ 20...r.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

/wypełnić w języku polskim/

wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania

o niepełnosprawności w Wejherowie

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego /paszportu/

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek /ustalony na podstawie jakiej dokumentacji/; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące.

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

4. Zaawansowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania /możliwość poprawy/, dalsze leczenie i rehabilitacja

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

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

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie /w załączeniu

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

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

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie /data/ i
od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? /data/.....

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

☐ TAK ☐ NIE

Czy w/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

☐ TAK ☐ NIE

Czy w/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu ds. Orzekania o
Stopniu Niepełnosprawności w Wejherowie?

☐ TAK ☐ NIE

Czy w/w Pan/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia?

☐ TAK ☐ NIE

.....

/pieczęć i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie/

Adnotacje zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia
orzeczanego dokumentacji medycznej.

.....
/pieczęć zakładu pracy chronionej/

.....
/pieczęć i podpis lekarza

wystawiającego zaświadczenie/