

WNIOSEK
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

PZON.8321.1. 20..... Sokółka, dnia

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: wiek:

Miejsce urodzenia:

PESEL:

Seria i nr dowodu osobistego:

Adres stałego zameldowania (kod pocztowy):
.....

Adres do korespondencji (kod pocztowy):
.....

Telefon:

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Piłsudskiego 8
16 - 100 Sokółka

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

(właściwe podkreślić)

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia,
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych):
6. świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej,
7. zasiłku pielęgnacyjnego,
8. świadczenia pielęgnacyjnego,
9. korzystania z karty parkingowej,
10. innych (podać jakich)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:
stan cywilny
- stan rodzinny (ile osób wspólnie zamieszkuje).....
- zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe podkreślić)
wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą
wykonywanie prac domowych samodzielnie / z pomocą
poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą
2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:
.....
3. Sytuacja zawodowa:
wykształcenie:
- zawód wyuczony:
- obecne zatrudnienie:
- miejsce pracy:
- wykonywany zawód:

Oświadczenia: (właściwe podkreślić)

1. Oświadczam, że nie składałem(am) / składałem(am) wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy:
z jakim skutkiem:
2. Oświadczam, że nie pobieram / pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego:
jakie: renta ZUS / emerytura ZUS / renta KRUS / emerytura KRUS
od kiedy:
3. Oświadczam, że mogę / nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).
4. W razie stwierdzonej przez Zespół 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(a) wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 KPA).

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 nie wcześniej niż na 30 dni** przed złożeniem wniosku.
2. **Kserokopie** posiadanej dokumentacji medycznej, aktualnych wyników badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie choroby, **obowiązkowo w dniu składania wniosku.**

.....
/czytelny podpis osoby orzekanej/*

*w przypadku osób w wieku 16-18 lat wniosek podpisuje rodzic