

....., dnia
(miejscowość)

Nr sprawy: PZON.4011.3.....20.....
(nadaje Zespół)

WNIOSEK W SPRAWIE
wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień
/ na podstawie orzeczeń o inwalidztwie lub niezdolności do pracy/
zgodnie z art.5, 5a i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.).

Imię i nazwisko:
Data urodzenia:miejsce urodzenia
Seria i nr dowodu osobistego:
PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Adres zameldowania:
Adres pobytu:.....
Nr telefonu:

Dane przedstawiciela ustawowego osoby w wieku do 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko:
Data urodzenia:miejsce urodzenia
PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Seria i nr dowodu osobistego:
Adres zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Zawierciu
42-400 Zawiercie ul. Daszyńskiego 4

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności o wskazaniach do ulg i uprawnień:

· jakich:.....
.....
.....

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:

Stan cywilny: kawaler/panna, żonaty/mężatka, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/a separowany/a

ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA	samodzielnie	z pomocą drugiej osoby	brak możliwości
wykonywanie czynności samoobsługowych (dot. np.: higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku (dot. np.: w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego (dot. np.: robienia zakupów, gotowania, sprzątania, opłacania rachunków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO (np. kule łokciowe, wózek inwalidzki, prosię wymieniç) lub sprzętu rehabilitacyjnego nie tak*, jeśli tak, wymienić

3. SYTUACJA ZAWODOWA:

- **wykształcenie:** brak wykształcenia podstawowe zawodowe średnie wyższe*

- **zawód wyuczony:**.....

- **zawód aktualnie wykonywany**

OŚWIADCZAM, ŻE: *

1. Aktualnie nie toczy się*, toczy się*, w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, proszę podać jakim ZUS, Sad Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, WZON (*właściwe podkreślić).

2. Aktualnie posiadam:

orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o:

- niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji,
- całkowitej niezdolności do pracy,
- częściowej niezdolności do pracy,

orzeczenie wydane przez Komisję do spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia, komisję lekarską Ministerstwa Obrony Narodowej albo Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przed 1 stycznia 1998 roku o:

- I grupie inwalidzkiej,
- II grupie inwalidzkiej,
- III grupie inwalidzkiej,

orzeczenie wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przed 1 stycznia 1998 roku o:

- stałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
- długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

wydane na stałe , na okres do.....

Nr i data wydania orzeczenia.....

3. Nie posiadam Posiadam orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w..... zaliczające do..... stopnia niepełnosprawności na okres do..... na stałe.

W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKŁADAM:

1. Kserokopia prawomocnego wypisu z orzeczenia o stanie zdrowia sporządzonego przez KiZ, lekarza orzecznika ZUS, KRUS
2. **Posiadaną dokumentację medyczną (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem:) np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, karty choroby z poradni, wyniki badań diagnostycznych, badania psychologiczne lub inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień**
3. Inne dokumenty, podać jakie:

Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204, z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia

.....
Podpis osoby zainteresowanej

GODZINY PRZYJĘĆ WNIOSKÓW:

poniedziałek 8:00-16:00; wtorek, środa, czwartek 8:00-14:00; piątek 8:00-13:00

Dodatkowe informacje o pomoc w wypełnieniu wniosku można uzyskać pod numerem telefonu **32 670 52 55**

www.pcpr.zawiercie.powiat.pl

* właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce