

2. KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO (np. kule łokciowe, wózek inwalidzki, proszę wymienić) 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. **nie pobieram***, **pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego***: renta z tytułu całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/niezdolności do samodzielnej egzystencji; renta rodzinna; renta socjalna; emerytura; świadczenie przedemerytalne; świadczenie rehabilitacyjne; zasiłek chorobowy (L4): od kiedy.....(podać rok) do kiedy..... na trwałe*.

2. 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):.

3. **nie składałem/łam*** **składałem/łam***, uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności kiedy.....r. Nr orzeczenia..... data ważności poprzedniego orzeczenia.....
 na stałe*, ustalony stopień niepełnosprawności..... niezaliczona/y do osób niepełnosprawnych*

4. **mogę*** samodzielnie (lub z pomocą drugiej osoby) **nie mogę*** osobiście przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

5. 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.

6. 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

7. 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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu wystawione przez lekarza prowadzącego **nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku**

2. Kserokopię poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności

3. **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 niepełnosprawności - na podstawie § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027)**

4. Dowód osobisty do wglądu

5. W przypadku osób zameldowanych na terenie innego powiatu: oświadczenie o czasie i powodach przebywania na terenie powiatu zawierciańskiego

6. Inne dokumenty podać jakie:

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej ¹

GODZINY PRZYJĘĆ WNIOSKÓW:

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

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

www.pcpwr.zawiercie.powiat.pl

*właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce.

¹ w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub pozbawionych zdolności do czynności prawnych dla których został ustanowiony opiekun prawny lub kurator - uwierzytelnioną przez Sąd lub notariusza kserokopię postanowienia albo zaświadczenia o ustanowieniu opieki lub kurateli