

Nr sprawy **PZON.4011.1**.....

(nadaje Zespół)

WNIOSK W SPRAWIE
wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (dotyczy osób po 16 roku życia)

- po raz pierwszy** – dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ze względu na zmianę stanu zdrowia** – dotyczy osób posiadających ważne (ostateczne i prawomocne) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i ubiegających się o jego zmianę
- ponownego ustalenia stopnia niepełnosprawności** – w związku z wygaśnięciem ważności poprzedniego orzeczenia
- Zgodnie z § 15 ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r. poz. 857) osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem, o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności - **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***

Imię i nazwisko

Data urodzenia:miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego:

PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zameldowania:

Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania):

Nr telefonu:

Dane przedstawiciela ustawowego osoby w wieku do 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej (w przypadku opiekuna lub kuratora należy dołączyć stosowne orzeczenie sądu):

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

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności składany dla celów: *

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) odpowiedniego zatrudnienia, | <input type="checkbox"/> 7) korzystania z karty parkingowej, |
| <input type="checkbox"/> 2) szkolenia, | <input type="checkbox"/> 8) korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> 3) uczestnictwa w terapii zajęciowej | <input type="checkbox"/> 9) zasiłku pielęgnacyjnego, |
| <input type="checkbox"/> 4) zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej, | <input type="checkbox"/> 10) uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, | <input type="checkbox"/> 11) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> 6) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielne egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych), | <input type="checkbox"/> 12) inne (jaki?) |

CEL PODSTAWOWY: pkt

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"/>

2. KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO/REHABILITACYJNEGO (np. kule łokciowe, wózek inwalidzki, proszę wymienić) nie tak*, jeśli tak, wymienił.....

3. SYTUACJA ZAWODOWA:

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

- **zawód wyuczony:**.....

- **czy aktualnie wykonuję pracę zarobkową** TAK NIE

- **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 trwale*.

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:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2021 r., poz. 2345 z późn. zm), tj. *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,*

- złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 wyżej przywołanej ustawy, tj. *kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. – **przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia,
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeżeli takie były).

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 32 670 52 55 oraz na stronie internetowej www.pcpr.zawiercie.powiat.pl

.....
Data i czytelny podpis osoby wnioskującej/
lub jej przedstawiciela ustawowego¹

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

*właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce lub podkreślić.