

## *Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień*

Nr sprawy ..... miejscowość .....  
data .....

Imię i nazwisko .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Adres zameldowania .....  
Adres pobytu (korespondencyjny) .....  
Nr PESEL: ... .. Seria i nr dow. osob.: .....  
Nr telefonu: .....  
Dane przedstawiciela ustawowego:  
Imię i nazwisko .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Nr PESEL: ... .. Seria i nr dow. osob.: .....  
Adres zameldowania .....  
Adres pobytu (korespondencyjny) .....  
Nr telefonu: .....

### **Do Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włocławku**

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

- odpowiedniego zatrudnienia;
- szkolenia;
- uczestnictwa w terapii zajęciowej;
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji – korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych;
- korzystania z karty parkingowej;
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej;
- zasiłku pielęgnacyjnego;
- zamieszkania w oddzielnym pokoju;
- inne (jakie?) .....

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny ..... stan rodzinny .....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć stawiając x)

- wykonywanie czynności samoobsługowych:  samodzielnie  z pomocą  opieka  
- poruszanie się:  samodzielnie  z pomocą  opieka  
- prowadzenie gospodarstwa domowego:  samodzielnie  z pomocą  opieka

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego .....  
.....

3. Sytuacja zawodowa:

Wykształcenie: niepełne podstawowe / podstawowe /gimnazjalne/ zasadnicze zawodowe /  
średnie zawodowe/średnie ogólne/wyższe zawodowe/wyższe magisterskie

Zawód wyuczony .....

Obecne zatrudnienie:

- nie pracuje (od kiedy) .....

- pracuje (podać gdzie) .....

Zawód wykonywany.....

**Oświadczam, że:**

1. *Zostałem/am poinformowany/a, że orzeczenie o wskazaniach do ulg u uprawnień zostanie wydane na podstawie posiadanego orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, w związku z powyższym stopień niepełnosprawności zostanie określony zgodnie z art. 5 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 123, poz. 776 z późn. zm.)*

2. Zostałem/am poinformowany, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie od decyzji lekarza – członka zespołu.

3. Posiadam ważne orzeczenie wydane w dniu ..... przez (nazwa organu) ..... ze skutkiem (podać grupę) ..... wydane na okres do .....

4. Składałem (nie składałem)\* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy ..... z jakim skutkiem (podać stopień niepełnosprawności ) ..... na okres do..... / na stałe, orzeczenie nr ..... wydane przez Miejski/ Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w .....

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.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIA PRAWDY.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włocławku w celu przeprowadzenia postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniem dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożone wnioski;
2. posiadaną dokumentację medyczną;
3. inne dokumenty, podać jakie

.....  
.....

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

zaznaczyć właściwe pole  
• niepotrzebne skreślić

Uwaga: zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość: .....

Data: .....

### Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

.....  
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....  
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (data)

.....  
Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) .....

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

Tak / Nie\*

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie\*

U w/w Pana/i nastąpiło/ nie nastąpiło\*\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....  
Stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności