

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy

miejsowość

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?)

Wniosek niniejszy składam z powodu przedłużenia poprzedniego orzeczenia/zmiany stanu zdrowia*.

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodzinny

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie 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:

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

Zawód wyuczony

Obecone zatrudnienie:

- nie pracuje (od kiedy)

- pracuje (podać gdzie)

Zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. Składałem / nie składałem* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy z jakim skutkiem (podać stopień niepełnosprawności)
.....na okres do / na stałe,
orzeczenie nr..... wydane przez Powiatowy/Miejski/ Wojewódzki Zespół
ds. Orzekania o Niepełnosprawności, Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych* w.....
2. Posiadam ważne orzeczenie wydane w dniu przez ZUS/KRUS/MON/MSWiA*
ze skutkiem (podać grupę)
wydane na okres do
3. Mogę / nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to
należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w
posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
4. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta/emerytura*, inne
jakie.....
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 ZATAJENIE
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 złożenie wniosku;
2. posiadaną dokumentację medyczną;
3. dokument z sądu w przypadku ubezwłasnowolnienia i ustanowienia opiekuna
prawnego;
4. inne dokumenty, podać jakie

.....
.....

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) wnioskodawcy

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*

*Wykaz dokumentów, które należy złożyć
w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w celu uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:*

• **W oryginale**

1. wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – wypełniony w całości czytelnym pismem i podpisany,
2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

• **Kserokopie (oryginały należy przynieść do wglądu do sekretariatu zespołu w celu potwierdzenia zgodności z oryginałem):**

1. kart informacyjnych z pobyków w szpitalu,
2. wyników badań dotyczących schorzeń,
3. wyników badań psychologicznych w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi i upośledzeniem umysłowym,
4. orzeczeń i opinii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w przypadku osób będących pod opieką Poradni,
5. wcześniejszych orzeczeń wydanych przez inne organy orzecznicze (ZUS, KRUS, inne)
6. aktu urodzenia dziecka (dotyczy osób do 18 roku życia)

Uwaga: w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia, wniosek może złożyć przedstawiciel ustawowy (rodzic) lub opiekun prawny ustanowiony przez sąd.