

Dokumenty należy przesłać:

**POWIATOWY ZESPÓŁ
DS ORZEKANIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
26-600 RADOM UL. DOMAGALSKIEGO 7**

Nr sprawy
Nr wniosku

miejsowość
data

**WNIOSEK
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
powyżej 16-go roku życia**

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Dowód osobisty (paszport) nr i seria.....
Nr PESEL
Adres zamieszkania
Adres do korespondencji
Nr telefonu

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Radomiu

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

- szkolenia
- odpowiedniego zatrudnienia
- korzystania z rehabilitacji
- korzystania z systemu pomocy społecznej
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

Uzasadnienie wniosku

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny, stan rodziny

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych – samodzielnie, z pomocą (właściwe podkreślić)
- prowadzenie gospodarstwa domowego – samodzielnie, z pomocą (właściwe podkreślić)
- poruszanie się w środowisku – samodzielnie, z pomocą (właściwe podkreślić)

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

3. Sytuacja zawodowa, wykształcenie

zawód.....

obecne zatrudnienie

Oświadczenia:*

1. Oświadczam, że pobieram świadczenie (nie pobieram) z ubezpieczenia społecznego jakie od kiedy
2. Oświadczam, że aktualnie nie toczy się (toczy się) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
.....
3. Oświadczam, że nie składałem (składałem) uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności jeżeli tak, to kiedy
z jakim skutkiem
4. Oświadczam, że mogę (nie mogę) samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego. (Jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożliwość wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
5. Posiadam ważne orzeczenie – podać jakie
.....
które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
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 niezbędnego lekarzem ubezpieczenia zdrowego, 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 NIEPRAWDY LUB ZATAJENIA PRAWDY.**

W załączeniu do wniosku przekazuję:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,
- posiadaną dokumentację medyczną,
- inne dokumenty, podać jakie

* niepotrzebne skreślić

.....
podpisy osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego

miejsowość i data

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

/zaświadczenie jest ważne jeden
miesiąc od daty wystawienia/

Zaświadczenie lekarskie o Stanie Zdrowia

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)
PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.
.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.
.....
.....
.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium
.....
.....
.....
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja.
.....
.....
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny ewentualne potrzeby w tym zakresie
.....
.....
.....

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie
(w załączeniu).

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

8. 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 niemożliwość
samodzielnej egzystencji.

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

TAK / NIE

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

TAK / NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie konieczności do oceny
stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

pieczętka zakładu pracy chronionej