

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy **PCPR**.....

Miejscowość

Data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Dokument stwierdzający tożsamość

Nr i seria dowodu osobistego lub nr legitymacji szkolnej

Numer PESEL

Adres stałego zameldowania

Adres czasowego pobytu*/ do korespondencji*

Nr telefonu.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
Niepełnosprawności w Bartoszycach**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów
(właściwe podkreślić):

1. odpowiedniego zatrudnienia
2. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
3. szkolenia, w tym specjalistycznego
4. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
7. konieczności opieki lub pomocy innej osoby w związku z ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
8. konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
9. uzyskanie świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej
10. korzystania z ulg i uprawnień
11. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
12. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – prawo o ruchu drogowym
13. ustalenia prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

Uzasadnienie wniosku

1. sytuacja społeczna: stan cywilny

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania (odpowiednie zaznaczyć):

	samodzielnie	z pomocą
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	X	X
b) prowadzenie gospodarstwa domowego	X	X
c) poruszanie się w środowisku	X	X

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

4. sytuacja zawodowa: wykształcenie

- wykonywany zawód

- posiadane kwalifikacje

- obecne zatrudnienie

Oświadczenie (odpowiednie podkreślić):

1. Oświadczam, że pobieram (nie pobieram) świadczenie pieniężne:
- a) z ZUS emerytura renta zas. pielęgnacyjny
 - b) z KRUS emerytura renta zas. pielęgnacyjny
 - c) z Pomocy Społecznej (wymienił jakie)
 - d) data wydania orzeczenia ZUS lub KRUS
przyznana grupa

(PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ ORZECZENIA)

2. Oświadczam, że aktualnie nie toczy się (toczy się) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim
3. Oświadczam, że nie składałem (składałem) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy
z jakim skutkiem
4. Oświadczam, że 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).
5. Posiadam ważne orzeczenie – podać jakie
które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
6. 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 poniesienia 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie właściwy PZON w Bartoszycach, ul. Limanowskiego 11; 11-200 Bartoszyce, zgodnie z ustawą z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz 926 z póź. zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu 30 dni poprzedzających dzień złożenia wniosku,
- 2. kserokopie i (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej,
- 3. inne dokumenty, podać jakie
- 4. kserokopię orzeczenia KIZ, ZUS lub KRUS.

.....
(podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego)