**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy: …………………………. ………………………………………...

 ( numer nadaje Zespół ) data przyjęcia, podpis osoby przyjmującej wniosek

4

 Wąbrzeźno, dnia ...............................................

**Imię i nazwisko** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…/

**Data urodzenia**….……...………...………………….. **Miejsce urodzenia** .....…………………..............…...

**Adres zamieszkania (stałego wg dokumentów)** …..………………………………………..............………... **Adres pobytu** …..………………………………………..............…………………...........................................

**Adres do korespondencji** ….…….................................................……………………….……..…………….. **Nr PESEL** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./ **Nr, seria dowodu osobistego** .………......………….

**Nr telefonu** …………………………………………..…………………………………

**Dane przedstawiciela ustawowego – wypełniane tylko w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona.**

**Gdy nie zachodzi w/w okoliczność zaznaczyć „NIE DOTYCZY”**

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Adres zamieszkania / adres korespondencyjny przedstawiciela ustawowego:** ....................................................................

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

**Seria i nr dowodu osobistego** ....................................................................... ; **Nr telefonu** .....................................................

**Komisja pierwszorazowa □ Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania**

**Komisja kolejna □ o Niepełnosprawności**

 **ul. Wolności 44**

 **87 – 200 Wąbrzeźno**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:** (*odpowiednie zaznaczyć )*

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,

2. Szkolenia, w tym specjalistycznego,

3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej,

4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,

5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie

 z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,

6. Ubiegania się o zasiłek stały,

7. Ubiegania się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej,

8. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

9. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,

10. Inne ( proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna ) ………………..………….................................................................................................................................................……............

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny …….....................…..……; stan rodziny *(ilość osób wspólnie zamieszkujących)*.......................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

- poruszanie się w środowisku **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

- prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: **niezbędne / wskazane / zbędne\***; **nie korzystam / korzystam\*,**

4. Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie ………..……………………………….....…………..; zawód / przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje ...............................................................................................................................................................................

obecne zatrudnienie **nie pracuję / pracuję\***(podać gdzie) …………….…………………………….………………….…

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram / nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne od

 kiedy ….......…………….

2. Składałem/nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: orzeczenie z dnia ………………..

 stopień …….....……..............................…………..ważne do ………......….......................…/na stałe\*

 wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki\* Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w ………………............... W przypadku zmiany nazwiska, podać nazwisko na które wydano poprzednie orzeczenie ......................................................

3. Posiadam /nie posiadam\* orzeczenie innego organu orzeczniczego jeśli tak, to podać nazwę organu: (ZUS, KRUS,

 MSWiA), MON) podać datę wydania orzeczenia …..................................................….................................………...........

4. **Mogę/ nie mogę\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.** *( Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie*

 *lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy*

 *choroby.)*

5. Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących mojej osoby, utrwalenie ich oraz przetwarzanie zgodnie z celem

 określonym w złożonym wniosku.

6. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie

 nieprawdy lub zatajenie prawdy.

*\* odpowiednie zaznaczyć*

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną**

**zgodnie z poniższą informacją** ......................................................................................

 Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

**Informacja!**

do **oryginału wniosku** należy załączyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego ( rodzinnego lub specjalistę ) na obowiązującym druku (oryginał),**

**Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia Powiatowym Zespole.**

1. **Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** ( zgodnie z art. 76a kpa **-** kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia, tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) **umożliwiające zaliczenie do osób niepełnosprawnych i ustalenie daty powstania tej niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności,**

**Dokumentację medyczną stanowią**: karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z poradni specjalistycznych i POZ, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; zdjęcia rtg i opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia

1. **W przypadku potwierdzenia przez lekarza niemożności stawienia się na posiedzenie składu orzekającego ze względu na stan zdrowia**, do wniosku należy dołączyć czytelną kserokopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby zainteresowanej,
2. **Przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia należy dołączyć oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgromadzonej po dacie wydania ostatniego orzeczenia**, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia,
3. **Jeżeli wnioskodawca był orzekany w innym Zespole niż Powiatowy Zespół ds. Orzekania z Wąbrzeźna prosimy załączyć kopię poprzedniego orzeczenia.**

**Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który wydał dokument** ( np. kopię historii choroby potwierdza Poradnia, która jest w posiadaniu oryginału historii choroby ) **lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia** tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym)**.**

**Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami *( oryginał dokumentu do wglądu Zespołu )***, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności.