

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

(osoby powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy dnia

Wniosek składam:*

- po raz pierwszy
 o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności
 w związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania

Adres pobytu (korespondencji)

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj dokumentu tożsamości.....seria i numer.....

Nr telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego – w przypadku gdy osoba jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona

Imię i nazwisko

Adres zameldowania

Adres pobytu (korespondencji).....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj dokumentu tożsamości.....seria i numer.....

Nr telefonu

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Lipnie

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
 szkolenia, w tym specjalistycznego,
 uczestnictwa w terapii zajęciowej,
 konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
 korzystania z karty parkingowej,
 korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
 uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
 uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
 zamieszkania w oddzielnym pokoju,
 uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
 korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,

Najważniejszy cel złożenia wniosku podkreślić!

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny: stan rodzinny

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	opieka
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* nie tak, jeśli tak, to jakie.....

4. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie:* brak, podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe

zawód wyuczony..... zawód wykonywany.....

obecne zatrudnienie:* nie pracuję, pracuję (podać gdzie).....

Oświadczam, że:*

1. Pobieram, nie pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego

jakie: emerytura, renta, inne (*jakie?*).....

2. Aktualnie toczy się, nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem

orzecznictwem, podać jakim:.....

3. składałem/am, nie składałem/am uprzednio wniosku o ustalenie stopnia

niepełnosprawności, jeżeli tak to: kiedy:.....

z jakim skutkiem

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 choroby lub nie rokującej poprawy 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 stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych,

konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone

zaświadczenia 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

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

Oświadczam, że otrzymałam/łem pisemną informację o zasadach przetwarzania danych osobowych wynikającą z art. 13 Rozporządzenia 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

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

W załączeniu do wniosku przekładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**)
2. kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ wydający dany dokument,
3. inne dokumenty, podać jakie

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem