

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy: PZO.6231. .2024 Miejsowość i data.....

Nr PESEL [][][][][][][][][][][][]

Imię pierwsze, imię drugie i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zameldowania.....

Adres pobytu osoby zainteresowanej.....

(wypełnić jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego /¹opiekuna prawnego¹

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego /¹opiekuna prawnego¹

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu [][][][][][][][][][][]

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ropczycach
ul. Konopnickiej 3, 39-100 Ropczyce,
nr tel.172228968, czynne od poniedziałku do piątku od 7:30-15:30**

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

1. odpowiedniego zatrudnienia
2. szkolenia
3. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1047, z późn. zm.)
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
8. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
9. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. konieczność zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. innych (wymenić jakich):

CEL PODSTAWOWY: _____

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania: (odpowiednie zaznaczyć)

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

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne wskazane zbędne

3. sytuacja zawodowa

wykształcenie zawód wyuczony.....

obecnie aktualnie wykonuje pracę zarobkową TAK / NIE zawód wykonywany

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie rentowe emeryturę / nie pobieram świadczenia
nazwa świadczenia.....
2. aktualnie toczy się / nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznym, podać jakim
3. składałem / nie składałem uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy
z jakim skutkiem
- a) składałem wniosek o ponowną komisję ze względu na zmianę stanu zdrowia TAK / NIE
nr orzeczenia z dnia
4. posiadam prawo jazdy kategorii
5. mogę / nie mogę przybyć na posiedzenie sądu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć
zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej
i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).
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 ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. posiadam ważne orzeczenie innego organu orzekającego (ZUS, KRUS, KIZ, MSWiA) TAK / NIE
(jeśli „TAK” załączyć kserokopię)

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM
I JESTEM ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB
ZATAJENIE PRAWDY- zgodnie z art. 233 k.k.**

W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKLADAM:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarz leczącego (wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie
wniosku)
2. posiadaną dokumentację medyczną,
3. poprzednie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
4. inne dokumenty (podać jakie)

**WNIOSEK BEZ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POTWIERDZONEJ ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM NIE BĘDZIE PRZYJĘTY.**

**Zgodnie z art. 41 §1 KPA należy powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej
zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania.**

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego

*Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane
na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności
lub stopnia niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 i art.14 ogólnego
rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r.
(Dz. Urz. UE L 119 z 2016r.)

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego