

WNIOSEK o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - dla osób powyżej 16 roku życia

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

NR SPRAWY.....

Nazwisko

Imię pierwsze..... Imię drugie

Miejsce urodzenia Obywatelstwo - Polskie / Inne.....

Dowód osobisty / Paszport Nr i seria dokumentuPESEL.....

Osoby do 18 lat - skrócony odpis aktu urodzenia - Nr dokumentu.....

Adres zameldowania: Miejscowość.....

UlicaNr domuNr mieszkania

Kod pocztowy Poczta Gmina

Adres korespondencyjny lub adres pobytu

Miejscowość

UlicaNr domuNr mieszkania

Kod pocztowy Poczta Gmina

Telefon kontaktowy e-mail

Starostwo Powiatowe w Poznaniu

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

60-823 Poznań, ul. Słowackiego 8

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia do celów:

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia,
3. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
4. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne ułatwiające funkcjonowanie,
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
6. spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (*karta parkingowa*),
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
10. uzyskania prawa do 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. inne-wymienić jakie

konieczne wskazanie celu podstawowego - nr celu od 1 do 12 -

Do wniosku załączam:

1. ORYGINAŁ ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia;
 2. Oryginały posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej AKTUALNY stan zdrowia zgodny z opisem schorzenia zawartym w zaświadczeniu o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza: *
 - karty informacyjne leczenia szpitalnego i sanatoryjnego,
 - wyniki badań specjalistycznych, konsultacje i opinie leczących specjalistów,
 - aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań RTG, EKG, EEG, TK, MR
 - inne - wymienić jakie
-
-
- kserokopia kartoteki leczenia wyłącznie w przypadku braku wyżej wymienionej dokumentacji medycznej.

* po wykorzystaniu oryginały zostaną zwrócone

UWAGA - DRUGA STRONA DO WYPEŁNIENIA !

Strona 1 z 2

Sytuacja społeczna i zawodowa wnioskodawcy:

1) Stan cywilny* (właściwie zaznaczyć)

- żonaty
- zamężna
- rozwiedziony
- rozwiedziona
- w separacji
- w separacji
- wdowiec
- wdowa
- kawaler
- panna

2) Wykształcenie* (właściwie zaznaczyć)

- bez wykształcenia szkolnego
- podstawowe
- zasadnicze
- średnie
- wyższe

3) Zawód wyuczony.....4) Zawód obecnie wykonywany.....

5) Miejsce pracy (nazwa zakładu)

Proszę zakreślić odpowiednie pole do punktu 6 , 7 i 8

- 6) wykonywanie czynności samoobsługowych z opieką z pomocą samodzielnie
- 7) poruszanie się w środowisku z opieką z pomocą samodzielnie
- 8) prowadzenie gospodarstwa domowego z opieką z pomocą samodzielnie

Oświadczam że:

- 1. nie pobieram świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy pobieram świadczenie rentowe
wpisz jakie?
- do wyboru:** renta szkoleniowa , renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, renta rolnicza z tytułu
niezdolności do pracy, renta rolnicza szkoleniowa, wojskowa renta inwalidzka, policyjna renta inwalidzka, renta
inwalidzka I grupy, renta inwalidzka II grupy, renta inwalidzka III grupy;
- 2. nie składałam/em składałam/em wniosku o wydanie orzeczenia w..... roku;
- 3. mogę nie mogę samodzielnie lub z pomocą osoby drugiej przybyć na posiedzenie sądu orzekającego;
- 4. nie posiadam innej, niż złożona przy wniosku, dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia;
- 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 nie będącego
lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ PRAWDZIWE

Podpis osoby zainteresowanej

POUCZENIE: Art. 233. Kodeksu Karnego § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz.1137 z późn. zm.)

WYPEŁNIAJĄ RODZICE DZIECI w WIEKU OD 16 DO 18 lat oraz OPIEKUNOWIE OSÓB UBEZWŁASNOWIENIYCH

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko

Imię..... Nr PESEL

Miejsce urodzeniaObywatelstwo - Polskie / Inne

Rodzaj dokumentu tożsamości dowód osobisty/ paszport Nr i seria dokumentu tożsamości

Adres zameldowania stałego Miejscowość

Ulica..... Nr domu.....Nr mieszkania.....

Kod pocztowy PocztaGmina

(podpis przedstawiciela ustawowego)