Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy: .....

.....

miejscowość i data

DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ....., PESEL..../..../...../..../..../..../..../..../...../.....

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu (korespondencyjny) ....., telefon.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić w przypadku gdy osoba zainteresowana jest ubezwłasnowolniona lub niepełnoletnia):**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ....., PESEL..../..../...../..../..../..../..../..../...../.....

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu (korespondencyjny) ....., telefon.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Tucholi

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: *(właściwe zakreślić)*

- ❑ odpowiedniego zatrudnienia,
- ❑ szkolenia,
- ❑ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- ❑ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ❑ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji /korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych/,
- ❑ zasiłku stałego,
- ❑ zasiłku pielęgnacyjnego,
- ❑ korzystania z karty parkingowej,
- ❑ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?) .....
  .....

Uzasadnienie wniosku:

l. sytuacja społeczna: stan cywilny ..... stan rodzinny .....
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych — samodzielnie / z pomocą*
- prowadzenie gospodarstwa domowego — samodzielnie / z pomocą*
- poruszanie się w środowisku — samodzielnie / z pomocą*

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne*

   (jakiego?) .....

3. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....

   /zawód. ..... obecne zatrudnienie .....

Oświadczenia:*

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego renta / emerytura,* od kiedy? .....
2. Aktualnie toczy się / nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim .....
3. Składałem(am) / nie składałem(am)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ..... z jakim skutkiem .....
   .....
4. Mogę / nie mogę* samodzielnie 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. 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 ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. posiadaną dokumentację medyczną, **potwierdzoną za zgodność z oryginałem**
3. inne dokumenty, podać jakie? .....

ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA FAŁSZYWE ZEZNANIA ZGODNIE Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO (DZ. U. 2018, poz. 1600, tekst jednolity, z późń., zm.), OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.

WYRAŻAM ZGODĘ NA GROMADZENIE, PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W CELACH ZŁOŻONEGO WNIOSKU ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 10.05.2018 r. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH. (Dz. U. 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.).

…….....
podpis osoby zainteresowanej oraz jej przedstawiciela ustawowego lub rodzica**

* *niepotrzebne skreślić*
** *dotyczy osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia*