

Uwaga :

Dane wnioskodawcy:

Adres e-mail

.....

☐ inne, jakie:

Cel główny złożenia wniosku (należy podać 1 z wyżej wymienionych)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodzinny
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - 1) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie z pomocą z opieką*
 - 2) poruszanie się w środowisku samodzielnie z pomocą z opieką *
 - 3) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie z pomocą z opieką *
3. Sytuacja zawodowa : wykształcenie, zawód
obecne zatrudnienie.....
4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne* (jakiego?)
.....

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie / nie pobieram świadczenia* z tytułu ubezpieczenia społecznego*:
 - a) renta inwalidzka
 - b) renta rodzinna
 - c) emeryturaOd kiedy
2. Aktualnie toczy się / nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem (podać jakim)
.....
3. Składałem/am / nie składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności; jeżeli tak, to kiedy jaki stopień
.....
4. Składałem/am / nie składałem/am* uprzednio wniosek o ustalenie grupy inwalidzkiej, orzeczenie niezdolności do pracy* , jeżeli tak to kiedy
z jakim skutkiem
5. Na posiedzenie składu orzekającego mogę przybyć:
 - a) samodzielnie*
 - b) z opiekunem*
 - c) nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego – **UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie lekarskie ze szczegółowym opisem stanu ogólnego i miejscowego, potwierdzające niemożność osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, oraz kserokopie kartoteki z wpisami z wizyt domowych**
6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.
8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego –*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* - oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
9. W związku ze złożeniem wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, stosownie do treści art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (*t.j. Dz.U.2016r, poz.922*) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych aktualnie i w przyszłości.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu wystawione przez lekarza prowadzącego.
2. Kserokopię dowodu osobistego
3. Dokumentację medyczną:
-
-
-
-

*** właściwe zakreślić**

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej opiekuna prawnego
w przypadku osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia
wymagany jest podpis i dziecka i rodzica

UWAGI DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU:

Do wniosku należy załączyć:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności - wystawione przez lekarza prowadzącego **nie wcześniej niż 30 dni** przed złożeniem wniosku;

2. **uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył (lub kopię wraz z oryginałem do wglądu)**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;

Zamiast oryginału dokumentu strona może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym.

3. kserokopię dowodu osobistego i oryginał do wglądu;

4. **poprzednie orzeczenie (kserokopia i oryginał do wglądu)**- jeżeli było wydane –
- zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
- o grupie ZUS, KIZ, KRUS, MON wydane przed 1997r.;

5. w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub pozbawionych zdolności do czynności prawnych dla których został ustanowiony opiekun prawny lub kurator - **uwierzytelnioną przez Sąd lub notariusza kserokopię postanowienia albo zaświadczenia o ustanowieniu opieki lub kurateli;**

6. w przypadku osób przebywających poza terenem objętym działalnością Zespołu - oświadczenie osoby zainteresowanej o celu i okresie pobytu w danej miejscowości.

Uwaga:

1. Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest uwierzytelniona za zgodność z oryginałem, nie będzie brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.

2. Zgodnie z § 15 ust.1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U.2015.1110) - *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.*

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu (0-32) 42-37-202

poniedziałek – środa, piątek w godz. 8:00 do 14:00

czwartek w godz. 8:00 do 16:00

www.pzon.rybnik.pl

e-mail: zonr@pzon.rybnik.pl

**Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!**

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość, dnia

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia PESEL / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;
stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas
trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium**

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

**4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze
leczenie i rehabilitacja**.....

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

**5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym
zakresie**

.....
.....

**Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!**

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu).....

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok).....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania
o niepełnosprawności jest * :

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej

poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - należy szczegółowo opisać stan
ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*