*Druk do użytku PZOON złożyć w oryginale*

PZOON.8421. .2024 ..………………………., ………….….

miejscowość data

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dla osób powyżej 16 roku życia)

1. O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK/NIE\*

– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

2. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA

NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK/NIE\*

– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na czas określony

3. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA

UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA TAK/NIE\*

* dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

Nazwisko: ................................................. Imiona: ………………………………………………..………

Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................

PESEL ...................................................................Telefon ..................................................................

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości ................................. ważny do dnia ...............................

Adres zameldowania na pobyt stały: .....................................................................................................

Adres pobytu (korespondencyjny): ........................................................................................................

Dotyczy osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych\*\* Nie dotyczy \* □

Nazwisko przedstawiciela ustawowego: ...................................................................................................

Imiona przedstawiciela ustawowego: ………………………………………………………………….…..……

Data i miejsce urodzenia ............................................................... PESEL ............................................

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości ...................................... ważny do dnia .........................

Adres zamieszkania: ................................................................................................................................

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania

o Niepełnosprawności w Chełmie

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

□ odpowiedniego zatrudnienia,

□ szkolenia,

□ uczestnictwa w terapii zajęciowej,

□ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

□ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług   
 socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),

□ korzystania z karty parkingowej,

□ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,

□ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,

□ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,

□ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,

□ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,

□ korzystania z innych ulg (jakich?) ..........................................................................................................

Cel podstawowy: ....................................................................................................................................

(proszę wskazać jeden z wyżej wymienionych)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna

Stan cywilny: …............................................................... Stan rodzinny: ….............................................

(np. panna, zamężna, wdowa) (ilość osób na wspólnym utrzymaniu)

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania\*

Wykonywanie czynności samoobsługowych: □ samodzielnie □ z pomocą □ z opieką

Prowadzenie gospodarstwa domowego: □ samodzielnie □ z pomocą □ z opieką

Poruszanie się w środowisku: □ samodzielnie □ z pomocą □ z opieką

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego\*

□ niezbędne □ wskazane □ zbędne

3. Sytuacja zawodowa

Wykształcenie: ..........................................................................................................................................

Zawód wyuczony: .....................................................................................................................................

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową\* □ tak □ nie

Zawód wykonywany\*\* ..............................................................................................................................

Oświadczam, że\*:

1. □ Pobieram/ □ Nie pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Jakie: .........................................................................................................................................................

Od kiedy: . .................................................................................................................................................

2. Aktualnie □ toczy się/ □ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.

Podać jakim: ............................................................................................................................................

3. □ Składałem/ □ Nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Jeżeli tak, to kiedy: ..............................................................................................................................

Z jakim skutkiem: .................................................................................................................................

Data wydania ostatniego orzeczenia: ................................................. Numer sprawy: ............................

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 i nie rokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).

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.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu do wniosku przedkładam (uwaga! – wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu):

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego wypełnione czytelnie we wszystkich rubrykach wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,

2. Posiadaną dokumentację medyczną,

3. Orzeczenie organu rentowego, jeżeli zostało wydane (ZUS, KRUS, MSWiA, MON),

4. Inne dokumenty, podać jakie: ..............................................................................................................

POUCZENIE:

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczającą i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

2. Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

3. Jeżeli Pan(i) posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję odmowną.

4. Jeżeli Pan(i) posiada orzeczenie organu rentowego: ZUS, KRUS, służb mundurowych, itp. należy je przedłożyć wraz ze składanym wnioskiem.

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

czytelny podpis osoby zainteresowanej

lub w przypadku osoby niepełnoletniej

podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

\* właściwe zaznaczyć symbolem „X” w kratce □

\*\* wypełniają tę rubrykę tylko osoby, których to dotyczy