**Wniosek o wydanie orzeczenia**

***o stopniu niepełnosprawności***

Nr sprawy: ON.8321.1. ......................... data ..................

 (miejscowość)

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyćX)

 Po raz pierwszy

 Po raz kolejny

 W związku ze zmianą stanu zdrowia

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię/imiona i nazwisko ...............................................................................................................................

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

PESEL.........................................................................................................................................................

Nr i seria dowodu osobistego ......................................................................................................................

Adres miejsca pobytu stałego ................................................................................................…………….

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………….....

Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………….....

**Dane przedstawiciela ustawowego w przypadku osób w wieku do 18 roku życia lub całkowicie ubezwłasnowolnionych** – należy dołączyć dokument potwierdzający sprawowanie opieki prawnej nad osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną

Imię/imiona i nazwisko……………………………………………………………………………………

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

PESEL………………………………………………………………………………………….................

Nr i seria dowodu osobistego……………………………………………………………………………...

Adres miejsca pobytu stałego……………………………………………………………..........................

Adres do korespondencji……………………………………………………………………….................

Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………….................

**Zwracam się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów**

(właściwe zaznaczyć, można podać więcej niż jeden)

1. Odpowiedniego zatrudnienia
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego
3. Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
4. Zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. Korzystania z karty parkingowej
7. Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
8. Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
9. Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

innych (wymienić jakich)……………………………………………………………………………..

**Cel podstawowy to**: Nr……… ( najważniejszy cel, jeden z zaznaczonych powyżej).

**Uzasadnienie wniosku :**

1. **Sytuacja społeczna :**

 stan cywilny .............................................. stan rodziny..............................................

1. **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania**: **samodzielnie z pomocą opieka**

 wykonywanie czynności samoobsługowych x x x

 poruszanie się w środowisku x x x

 prowadzenie gospodarstwa domowego x x x

1. **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego** - (jakiego)………………………………………….

1. **Sytuacja zawodowa:**

 wykształcenie ............................................. zawód wyuczony...............................................

 zawód wykonywany/stanowisko…………………………………………………………………

 obecne zatrudnienie .......................................................................................................................

Oświadczam, że :

1. **pobieram\*/nie pobieram\*** renty z tytułu niezdolności do pracy;

**2. aktualnie toczy się\*/nie toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem

 orzeczniczym, podać jakim ..................................................................................................................

**3.** **składałem\*/ nie składałem\*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności,

 kiedy............................................z jakim skutkiem…………………………………………………..

**4. mogę\*/nie mogę\*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego, jeżeli nie,

 to należy wypełnić zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w

 posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby,

1. **w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych lub konsultacji specjalistycznych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie,**
2. **zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania.** W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego),
3. 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:**

1. **ORYGINAŁ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu 30 dni przed złożeniem wniosku,
2. **KSEROKOPIĘ POSIADANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (oryginały do wglądu) lub kopie potwierdzone na każdej stronie za zgodność z oryginałem.

 ….......................................................

 (czytelny podpis osoby zainteresowanej lub

 jej przedstawiciela ustawowego)

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA**

W celu uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

osobę **powyżej 16 roku życia** należy złożyć do

**Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

18 – 500 Kolno, ul. 11 Listopada 1 (pokój nr 102), tel. 278 – 47 – 03

1. **WNIOSEK o ustalenie stopnia niepełnosprawności w oryginale**

wypełniony i osobiście podpisany przez osobę zainteresowaną; w przypadku osób do 18 roku życia wniosek podpisuje przedstawiciel ustawowy (rodzic), a w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – przedstawiciel prawny. Optymalnym terminem złożenia ponownego wniosku jest 10-15 dni, ale nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA w oryginale**

wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego prowadzącego pacjenta stwierdzające aktualny stan zdrowia wnioskodawcy – zaświadczenie to nie może być wydane wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

1. **POSIADANĄ** **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ**

- kserokopię historii chorób z poradni specjalistycznych potwierdzone za zgodność z oryginałem,

- orzeczenia i opinie z poradni psychologiczno – pedagogicznej,

- karty informacyjne leczenia szpitalnego,

- wyniki badań: EKG, RTG, audiogram słuchu, spirometria, MRI, USG itp.

- inną dokumentację medyczną mogącą mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

1. **OSTATNIE ORZECZENIE o stopniu niepełnosprawności wydane przez zespół, jeśli osoba składa wniosek po raz kolejny.**

**Dowód osobisty, legitymację szkolną** (do wglądu)

# Zespół nie wykonuje kserokopii dokumentacji medycznej i innej.