



Starostwo Powiatowe w Myślenicach

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
32-400 Myślenice, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. 12 372 76 68

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy

(miejscowość i data)

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania

Adres pobytu

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Nr tel.

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko

Adres zameldowania

Adres pobytu

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

Miejsce urodzenia

Nr tel.

Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Myślenicach

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

- | | |
|---|---|
| ☐ odpowiedniego zatrudnienia, | ☐ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej, |
| ☐ szkolenia, | ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, |
| ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej, | ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego, |
| ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, | ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju, |
| ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji: korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, | ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze, |
| ☐ korzystania z karty parkingowej, | ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, |
| | ☐ innych <input type="text"/> |

Uzasadnienie wniosku :

Sytuacja społeczna

stan cywilny

stan rodzinny

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

wykonywanie czynności samoobsługowych

samodzielnie

z pomocą

opieka

prowadzenie gospodarstwa domowego

poruszanie się w środowisku, zdolność do samodzielności

Korzystanie ze sprzętu

korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne

wskazane

zbędne

Sytuacja Zawodowa

wykształcenie
zawód wyuczony
zawód wykonywany
obecne zatrudnienie

Oświadczam, że* :

- ☐ pobieram ☐ nie pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego,
jakie
od kiedy
- aktualnie ☐ toczy się ☐ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem,
podać jakim
- ☐ składałem ☐ nie składałem uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy
z jakim skutkiem
- ☐ mogę ☐ mogę z pomocą ☐ nie mogę przybyć na posiedzenie sądu orzekającego
(jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
- w razie stwierdzonej przez lekarza analityka oraz psychologa 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.
- przyjmuję do wiadomości, iż może zaistnieć potrzeba wykonania badań specjalistycznych w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie.
- zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Myślenicach (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

UWAGA

W przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności wydaje na wniosek osoby niepełnosprawnej lub jej przedstawiciela ustawowego legitymację dokumentującą stopień niepełnosprawności

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

czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Ośrodków Pomocy Społecznej i innych instytucji

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....
czytelny podpis pracownika socjalnego

.....
czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego

Załączniki:

- ☐ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA WYDANE PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO OSOBĘ SKŁADAJĄCĄ WNIOSEK
☐ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ
☐ DOKUMENTACJĘ PSYCHOLOGICZNĄ
☐ KSEROKOPIĘ PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA KIZ, ZUS, KRUS LUB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
☐ INNE DOKUMENTY