

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności powyżej 16 roku życia.  
NALEŻY WYPEŁNIAĆ WIELKIMI LITERAMI.**

Nr sprawy:.....

Człuchów, dnia .....

<b>Wniosek o wydanie orzeczenia składam: (zaznacz znakiem X)</b>	
<input type="checkbox"/>	po raz pierwszy
<input type="checkbox"/>	po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia ( <i>wniosek można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia</i> )
<input type="checkbox"/>	w związku ze zmianą stanu zdrowia - podwyższenie stopnia niepełnosprawności

**DANE WNIOSKODAWCY:**

<b>Imię i nazwisko:</b>			
<b>Data i miejsce urodzenia:</b>			
<b>PESEL:</b>			
<b>Nr dowodu osobistego:</b>			
<b>Nr telefonu:</b>			
<b>Adres e-mail:</b>			
<b>Czy posiada Pan/Pani adres do e-Doręczeń? - zaznacz znakiem X</b>	<input type="checkbox"/>	<b>TAK</b>	<input type="checkbox"/>
			<b>NIE</b>

**ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY:**

<b>Miejscowość:</b>			
<b>Ulica, nr domu, nr lokalu:</b>			
<b>Kod pocztowy i poczta:</b>			
<b>Adres pobytu:</b> <i>(należy podać jeżeli jest inny niż powyżej)</i>			
<b>Adres do korespondencji:</b> <i>(należy podać jeżeli jest inny niż powyżej)</i>			

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO - dotyczy osób ubezwłasnowolnionych i poniżej 18 rż.**

<b>Imię i nazwisko:</b>			
<b>Adres zamieszkania:</b>			

**Zwracam się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (zaznacz znakiem X)**

<input type="checkbox"/>	odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	szkolenia, w tym specjalistycznego
<input type="checkbox"/>	zatrudnienia z zakładzie aktywności zawodowej
<input type="checkbox"/>	uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 z ustawy z 20.06.1997 <i>Prawo o ruchu drogowym</i> – uzyskania karty parkingowej
<input type="checkbox"/>	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

SYTUACJA SPOŁECZNA WNIOSKODAWCY:			
Stan cywilny:			
Stan rodziny: -ile osób zamieszkuje razem			
ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA (zaznacz znakiem X):			
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
			z pomocą innej osoby
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
			z pomocą innej osoby
prowadzenie z gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
			z pomocą innej osoby
SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY:			
Wykształcenie:			
Zawód:			
Obecne zatrudnienie: - jeśli tak podać miejsce i wykonywany zawód			
KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO (zaznacz znakiem X):			
<input type="checkbox"/>	niezbędne	<input type="checkbox"/>	wskazane
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	zbędne

Oświadczam, że (niewłaściwe skreślić):

1. **Pobieram / nie pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego

jakie \_\_\_\_\_

2. Aktualnie **toczy się /nie toczy się** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim \_\_\_\_\_

3. **Mogę / nie mogę** samodzielnie 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).

4. 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.

5. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

6. Zapoznałem/-am się z klauzulami informacyjnymi PCPR Człuchów i PZOoN Człuchów.

Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego
.....

Do wniosku dołącza się:

• **zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności – oryginał** – zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (ważność zaświadczenia lekarskiego- wydane 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku);

• wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);

• inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, opis zdjęć RTG, wyniki EEG, USG, gastroscopia, spirometria, wyniki testów alergologicznych, konsultacje, w tym psychologiczne (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);

• kserokopię orzeczenia innego organu rentowego (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, KiZ).