

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla osób powyżej 16-go roku życia

Prosimy wypełniać czytelnie drukowanymi literami

Nr sprawy _____

Człuchów, dnia _____

Wniosek o wydanie orzeczenia składam: (zaznaczyć odpowiednio)

po raz pierwszy w związku ze zmianą stanu zdrowia -
podwyższenie stopnia niepełnosprawności

po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia (*wniosek można złożyć
nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia*)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL

Numer i seria
dowodu osobistego

Adres zamieszkania:

Miejscowość

Ulica, nr domu, lokalu

Kod pocztowy i poczta

Adres pobytu

Jeżeli jest inny niż powyżej

Adres do korespondencji

Jeżeli jest inny niż powyżej

Tel:

E-mail:

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania lub pobytu przedstawiciela ustawowego (*w przypadku
ubezważnowolnienia osoby zainteresowanej oraz osoby, która nie ukończyła 18 roku życia*)

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW *

- Odpowiedniego zatrudnienia
- Szkolenia w tym specjalistycznego
- Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- Konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
- Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 z ustawy z 20.06.1997
Prawo o ruchu drogowym (DZ. U. z 2017 r. poz. 1260) (*karta parkingowa*)
- Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny _____ stan rodzinny _____

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

wykonywanie czynności samoobsługowych

poruszanie się w środowisku

prowadzenie gospodarstwa domowego

samodzielnie

z pomocą

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego - niezbędne / wskazane / zbędne

3. sytuacja zawodowa:

wykształcenie _____ zawód _____

obecne zatrudnienie _____

Oświadczam, że:

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenia z ubezpieczenia społecznego

jakie _____

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 załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

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.

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

7. Zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie.

Do wniosku dołącza się dokumentację medyczną:

- **zaświadczenie lekarskie – oryginał** – zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (ważność zaświadczenia lekarskiego- 30 dni 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 posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, niepełnosprawności lub kserokopia orzeczenia innego organu rentowego (ZUS, KRUS, MSWiA, MON. KiZ);

Bez w/w dokumentacji wnioski nie będą przyjmowane.

Człuchów, dnia _____

Podpis z imienia i nazwiska osoby
zainteresowanej lub jej przedstawiciela
ustawowego albo tuszowy odcisk palca

* Niepotrzebne skreślić

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

**Formularz pomocniczy dla członków składu orzekającego dla celów wydania
oceny o funkcjonowaniu społecznym lub oceny zawodowej.**

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy

2. Wykształcenie : podstawowe/ zawodowe / średnie / wyższe

3. Zawód lub ukończone studia:

4. Aktualnie wykonywana praca – podać zawód lub wpisać renta/emerytura:

.....

Zaznaczyć odpowiednio odpowiedź lub wpisać odpowiedź:

Sytuacja społeczna		
1	Zamieszkuje samotnie	TAK/NIE
2	Zamieszkuje z rodziną	TAK/NIE
3	W tym: z inną osobą niepełnosprawną	TAK/NIE
4	Zamieszkuje z osobami niespokrewnionymi	TAK/NIE
5	Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (odpowiedzialność za gospodarkę finansową domu, robienie zakupów, sprzątanie, pranie, itp.)	TAK/NIE
6	Warunki mieszkaniowe – wymienić jakie (ile pomieszczeń, jakie pomieszczenia):	
7	Czy potrzeba dostosować mieszkanie do ograniczeń zdrowotnych	TAK/NIE
8	Możliwość uzyskania wsparcia od innych osób	TAK/NIE
Wsparcie od kogo – zakreślić lub wymienić: sąsiadów / przyjaciół / rodziny / organizacji / stowarzyszeń		
9	Utrzymywanie higieny osobistej	ZDOLNA/Z POMOCĄ
Jeśli z pomocą podać ograniczenia:		
10	Ubieranie i rozbieranie się	ZDOLNA/Z POMOCĄ
Jeśli z pomocą podać ograniczenia:		
11	Spożywanie posiłków	ZDOLNA/Z POMOCĄ
Jeśli z pomocą podać ograniczenia:		
12	Poruszanie się	ZDOLNA/Z POMOCĄ
Jeśli z pomocą podać ograniczenia:		
13	Korzystanie z publicznych środków transportu	ZDOLNA/Z POMOCĄ
14	Komunikowanie się z innymi – zdolność słyszenia innych	PEŁNA/OGRANICZONA
Jeśli ograniczona podać ograniczenia:		
15	Zdolność widzenia innych	PEŁNA/OGRANICZONA

Jeśli ograniczona podać ograniczenia:		
16	Zdolność do rozumienia mowy	PEŁNA/OGRANICZONA
Jeśli ograniczona podać ograniczenia:		
17	Kontakt słowny	PEŁNY/OGRANICZONY
Jeśli ograniczony podać ograniczenia:		
18	Uczestniczenie w życiu społecznym np. (na imprezach kulturalnych, głosowaniach, kontaktach ze środowiskiem lokalnym, itp.)	ZDOLNA/Z POMOCĄ
Jeśli z pomocą podać ograniczenia:		
19	Konieczność uzyskania wsparcia w zakresie rehabilitacji lub pomocy ze środków PFRON	TAK/NIE

W przypadku osób starających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla CELÓW ZATRUDNIENIA wypełnić poniższą tabelę, jeśli dla innych celów pozostawić pustą.

Sytuacja zawodowa		
1	Umiejętność obsługi komputera	TAK/NIE
2	Posiadanie prawo jazdy	TAK/NIE
3	Znajomość języków obcych	TAK/NIE
Wpisać jakie:		
4	Posiadanie kwalifikacji zawodowych	TAK/NIE
Wpisać jakie:		
5	Chęć zdobywania nowych kwalifikacji	TAK/NIE
Wpisać jakich:		
6	Chęć do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia	TAK/NIE
7	Staż pracy – podać ile lat	

Oświadczam, że dane zawarte w powyższym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy