

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności lub ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności
(powyżej 16 roku życia)**

ADRES: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Al. Pokoju 44 42-202 Częstochowa tel. 343660464 Godziny pracy: poniedziałek-piątek 7:30- 15:30	ADNOTACJE URZĘDOWE : NR SPRAWY: <i>Zd-I.8421</i> nr sprawy w archiwum PZOoN..... EKSMOON <input type="checkbox"/>
---	--

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Numer i seria dowodu osobistego

PESEL _____ **nr tel.**

Adres stałego zameldowania (z kodem).....

Adres pobytu*.....

Adres do korespondencji*.....

* wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania

**Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionych
wyrokiem sądu)**

Imię i nazwisko.....

Numer i seria dowodu osobistego

Adres

.....Data i

miejsce urodzenia.....PESEL_____

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

- po raz pierwszy**
- po raz kolejny*** (*złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia*)
- z tytułu zmiany stanu zdrowia**

Orzeczenie to potrzebne jest mi do :

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji /korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych/
- uzyskania karty parkingowej
- Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- innych (wymienić jakich).....

CEL PODSTAWOWY.....

Pozostałe informacje:

1.Stan cywilny: panna/kawaler mężatka/zonaty rozwiedziony/a wdowa/wdowiec
 separowana/separowany

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą z opieką
- poruszanie się w środowisku: samodzielnie z pomocą z opieką
- prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą z opieką

3. **Sytuacja zawodowa:** Wykształcenie:..... Zawód wyuczony:.....
 Zatrudniony/a jako..... Brak zatrudnienia

Oświadczam, że:

1. **Pobieram świadczenia** **Nie pobieram świadczeń** - z ZUS, KRUS, MSWiA:

Jeśli tak, to jakie: **RENTA** grupa / niezdolność do pracy.....
 EMERYTURA

2. **Aktualnie:** **toczy się** **nie toczy się** - w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym (WZON, Sąd Pracy itp.).

Jeśli tak, podać przed jakim:.....

3. **Składałem** **Nie składałem** - uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności przez powiatowy lub miejski zespół ds. orzekania o niepełnosprawności:

Jeżeli tak, to kiedy i gdzie(rok)

Z jakim skutkiem (stopień).....ważne do.....

4. **Mogę samodzielnie** (lub z pomocą drugiej osoby) / **Nie mogę** przybyć na posiedzenie sądu orzekającego.

Jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia na komisję.

UWAGA! Do wniosku należy koniecznie dołączyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego** - *jest ono ważne przez 30 dni od daty wystawienia i w tym terminie należy dostarczyć je z wnioskiem*
2. **Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** (aktualne wyniki badań, wypisy ze szpitala, opinie psychologiczne, kopie kartotek, itp.; w przypadku ponownego składania wniosku - *tylko dokumentację przybyłą od czasu poprzedniej komisji*)
3. **Dowód osobisty do wglądu** (w przypadku osoby między 16 a 18 rokiem życia - legitymacja szkolna, paszport lub tymczasowy dowód osobisty)

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.

Zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego Art. 41. § 1. oświadczam, że zobowiązuję się poinformować Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Częstochowie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania.

.....
podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego