

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

--

adnotacje urzędowe

Nr sprawy: PCPR.PZO.6231-

Leżajsk, data

Nazwisko											
Imiona											
Data i miejsce urodzenia											
PESEL											
Obywatelstwo											
Numer dokumentu tożsamości <i>(wybrać 1 dokument)</i>	legitymacja szkolna					prawo jazdy					
	Nr					Nr					
	dowód osobisty seria i nr					Paszport seria i nr					
Telefon kontaktowy											

Adres zameldowania na pobyt stały

kod / _ / _ / - / _ / _ / _ / _ / miejscowość

Adres miejsca pobytu

(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Adres do korespondencji

(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania lub pobytu)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

(w przypadku osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Adres zameldowania / pobytu przedstawiciela ustawowego:

kod / _ / _ / - / _ / _ / _ / _ / miejscowość

*Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Leżajsku
ul. Skłodowskiej 8
37-300 Leżajsk*

Wnioskuję o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

- po raz pierwszy
- z powodu zmiany stanu zdrowia
- z powodu upływu ważności orzeczenia (orzeczenie ważne do:

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

	odpowiedniego zatrudnienia
	szkolenia
	uczestnictwa w terapii zajęciowej
	konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
	karta parkingowa
	korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
	uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
	uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
	uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
	korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

CEL PODSTAWOWY
(wpisać jeden z wyżej wymienionych)

1. Sytuacja społeczna:

a) stan cywilny *

	kawaler / panna
	żonaty / zamężna
	wdowiec / wdowa
	rozwód / rozwiedziona
	separowany / separowana

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

samodzielnie

z pomocą

opieka

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Sytuacja zawodowa:

a) wykształcenie*

	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
	podstawowe
	zasadnicze
	średnie
	wyższe

b) zawód wyuczony

c) czy aktualnie wykonuje Pan/i pracę zarobkową?* TAK / NIE

d) zawód wykonywany

Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie wydane przez inny uprawniony organ.*

- o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich wydane przez
- o niezdolności do pracy wydane przez
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przez

Oświadczam, że:

1. pobieram* (nie pobieram*) świadczenia rentowe.

<input type="checkbox"/>	renta szkoleniowa
<input type="checkbox"/>	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
<input type="checkbox"/>	renta rolnicza szkoleniowa
<input type="checkbox"/>	wojskowa renta inwalidzka
<input type="checkbox"/>	policyjna renta inwalidzka
<input type="checkbox"/>	renta inwalidzka z powodu I grupy
<input type="checkbox"/>	renta inwalidzka z powodu II grupy
<input type="checkbox"/>	renta inwalidzka z powodu III grupy
<input type="checkbox"/>	renta rodzinna

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 składu 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 wymogów ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

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

Zgodnie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. **wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych / osoby nad którą sprawuję opiekę / przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Leżajsku, ul. M. C. Skłodowskiej 8 (administrator danych):

- w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- w celu wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej / karty parkingowej,
- w celu komunikacji za pośrednictwem telefonu stacjonarnego / komórkowego / poczty elektronicznej / poczty tradycyjnej.

Równocześnie oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz przysługującej mi możliwości poprawiania, aktualizacji i usuwania.

.....
podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

***odpowiednie zaznaczyć**

INFORMACJE DODATKOWE:

1. Do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy załączyć zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności – **ORYGINAŁ** - zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących.
2. Do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności **należy załączyć posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia np.:** (karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie, historie choroby oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności) - **kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.**
3. Jeżeli wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności składa **opiekun prawny**, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.**
4. Godziny urzędowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Leżajsku: **Poniedziałek – Piątek od 7.30 do 15.30 / Telefon kontaktowy: 17 240 25 25**