

*Wniosek prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami. Kalisz, dnia

WNIOSEK
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

PIERWSZORAZOWY POWTÓRNY W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA*

Nr sprawy Nr akt

Imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

Numer i seria dowodu osobistego/paszport/leg. szkolna.....

PESEL

adres zamieszkania

adres pobytu / korespondencji.....

Nr telefonu

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego w przypadku wniosku osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych:

Imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

Numer i seria d. o./paszport/leg. szkolna

PESEL

adres zamieszkania

adres pobytu / korespondencji.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Kaliszu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Cel uzyskania orzeczenia :

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej ,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- uzyskanie karty parkingowej,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- ulgi i uprawnienia,
- inne (wymienić jakie?)

Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna :

a/ stan cywilny b/ stan rodzinny

c/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania:	samodzielnie	z pomocą
- wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne	wskazane	zbędne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Sytuacja zawodowa :

wykształcenie

zawód

obecne zatrudnienie

wykonywany zawód

uczeń/ student.....

(podać nazwę, która klasa, rok)

Oświadczam, że :

1. Pobieram * / nie pobieram */ świadczenie z ubezpieczenia społecznego:
- jakie ? /emerytura, renta inwalidzka – z tytułu niezdolności do pracy, z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy, renta rodzinna, zasiłek pielęgnacyjny, renta socjalna
- od kiedy?
2. aktualnie nie toczy się * / toczy się */ w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim / ZUS, Sąd /
3. nie składałem/am / składałem/am /* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności / grupy inwalidztwa/.; jeżeli tak, to kiedy,..... z jakim wynikiem
- i do kogo / ZUS, Sąd, PZON.....
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 obłożnej i długotrwałej choroby).
5. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu zamieszkania lub miejsca pobytu.

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego /rodzic, opiekun prawny/

- * niepotrzebne skreślić
- * właściwy kwadrat zaznaczyć krzyżykiem

Do wniosku należy dołączyć:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, (ważne jest przez 3 miesiące od daty wystawienia).
2. posiadaną dokumentację medyczną w oryginale oraz w kserokopii lub w kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem.