

\*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 d. o./paszport/leg. szkolna .....

PESEL .....

adres zamieszkania .....

adres pobytu / korespondencji .....

Nr tel .....

**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. 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. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu zamieszkania lub miejsca pobytu.

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....

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 przez 30 dni od daty wystawienia).

2.posiadaną dokumentację medyczną w oryginale lub w kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem.