

Wniosek w celu przedłużenia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności może być złożony nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności aktualnego orzeczenia.

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

....., dnia

Nr sprawy: PZO.521.1.2017

Nazwisko i imię (imiona)

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

PESEL

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).....

Adres zamieszkania/ pobytu.....

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż powyższy)... ..

Nr telefonu

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Iławie ul. Andersa 12, 14-200 Iława

Wniosek składam:

- po raz pierwszy w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
 w związku ze zmianą stanu zdrowia

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności do celów:

(właściwe podkreślić)

1. odpowiedniego zatrudnienia
2. szkolenia
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.-
Prawo o ruchu drogowych (Dz.U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.)
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. innych (wymienić jakich).....

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | samodzielnie | z pomocą |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
3. sytuacja zawodowa: wykształcenie zawód
- obecne zatrudnienie: (zawód wykonywany)

Oświadczam, że:

1. pobieram / nie pobieram świadczenia rentowego
 2. nazwa pobieranego świadczenia rentowego (podać jakie)
 3. nie składałem /składałem* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy (podać rok):orzeczony stopień, orzeczenie jest ważne do.....
 4. mogę / nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. **(Jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej choroby).**
 5. posiadam ważne orzeczenie - podać jakie (ZUS, KRUS lub KIZ)
- które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
6. 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/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA PODANIE NIEPRAWDY.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Iławie, ul. Andersa 12, zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883, z późn. zm.) gromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

* niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

(PESEL przedstawiciela.....)

UWAGA:

Wniosek oraz aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od daty wystawienia) należy złożyć w oryginałach i dołączyć:

- kserokopię posiadanego orzeczenia
- kserokopie aktualnej dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałami (wyniki badań RTG, USG, TK, MR, karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie choroby leczenia otwartego)

Potwierdzenie zgodności z oryginałem (każdej strony) musi zawierać:

- czytelny podpis lub parafkę z pieczętką imienną osoby potwierdzającej
- pieczętkę nagłówkową instytucji potwierdzającej dokumentację medyczną
- datę potwierdzenia