**W N I O S E K**

**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

pierwszorazowy / powtórny / ze względu na zmianę stanu zdrowia**\***

Nr sprawy …………………………………………… Brzesko, ……………………………………………

Imię i nazwisko ….………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Adres zameldowania ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres pobytu (korespondencyjny) …………………………………………………………………………………………………………………

Poczta ………………………………………………………………………………….. Tel. …………………………………………………………

***Dane przedstawiciela ustawowego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub niepełnoletniej***

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL ……………………………………………… Nr i seria dowodu osobistego (paszportu) ………………………………………….

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Brzesku**

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

**⃣**  szkolenia

**⃣**  odpowiedniego zatrudnienia

**⃣**  uczestnictwa w terapii zajęciowej

**⃣**  konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

**⃣**  korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

**⃣**  korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej

**⃣**  uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego

**⃣**  uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego

**⃣**  korzystania z karty parkingowej

**⃣**  inne ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny ………………………………………….………………. ilość dzieci ……………………………………..
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: **\***

samodzielnie z pomocą z opieką

a/ wykonywanie czynności samoobsługowych ⃣ ⃣ ⃣

b/ poruszanie się w środowisku ⃣ ⃣ ⃣

c/ prowadzenie gospodarstwa domowego ⃣ ⃣ ⃣

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny: nie wymaga \* ⃣wymaga\* ⃣ (jaki?) …………….…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Sytuacja zawodowa: wykształcenie: **\*** niepełne podstawowe ⃣

podstawowe ⃣

zasadnicze ⃣

średnie ⃣

wyższe ⃣

zawód (wyuczony) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

obecne zatrudnienie (miejsce pracy, stanowisko) …………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego: **\***

renta ⃣

emerytura ⃣

nie pobieram ⃣

2. Aktualnie **nie toczy się** **\* ⃣ toczy się\*** ⃣ w mojej sprawie postępowanie przed innym organem  
 orzeczniczym, podać jakim ………………………………………………………………………………………………………………………

3. **Składałem/am \* ⃣ nie składałem/am \* ⃣** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:  
 jeżeli tak, to kiedy ………………………………………………………………………………………………………………………………….

z jakim skutkiem ……………………………………………………… Nr sprawy ………………………………………………………….

4. Na posiedzenie składu orzekającego: **\***

**⃣** mogę przybyć samodzielnie

⃣ przybędę z opiekunem

⃣ nie mogę przybyć (w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające  
 niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

5. Posiadam ważne orzeczenie wydane przez inny organ orzeczniczy (ZUS, KRUS) …………………………………………….

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.

7. W przypadku skierowania na badanie przez członka składu orzekającego Powiatowego Zespołu, zobowiązuję się  
 je wykonać w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie.

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

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza – ważne 30 dni od daty jego wystawienia do dnia  
 złożenia wniosku,

2. Kserokopia prawomocnego orzeczenia KIZ, ZUS, KRUS,

3. Posiadaną dokumentację medyczną, tj. …………………………………………………………………………………………………….

4. Inne dokumenty, wymienić jakie ……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………

podpis osoby zainteresowanej

lub jej przedstawiciela ustawowego

**\*** zakreślić właściwe

***W przypadku ponownego składania wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wypełniony wniosek składać nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***