

WNIOSEK
o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień
(wypełnia osoba zainteresowana DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nr sprawy ZO.5216. .20

.....
Miejscowość i data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania stałego

Adres pobytu.....

Adres korespondencyjny.....

PESEL

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

Nr tel.

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień na podstawie posiadanego przeze mnie prawomocnego orzeczenia:*

1. Orzeczenie z dnia wydanego na okres do na trwałe, przez Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej.
2. Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w z dnia o całkowitej (częściowej) niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydanego na okres do na trwałe.
3. Orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydanego (przed 1 stycznia 1998r.) w dniu, na okres, na trwałe.
4. Orzeczenia, wydanego przed 1 stycznia 1998r. innego organu (podać jakiego)

W załączeniu kserokopia **ważnego wypisu z orzeczenia** (oryginał do wglądu).

Dla celów:

- odpowiedniego zatrudnienia,
- ulg komunikacyjnych,
- korzystania z karty parkingowej,
- ulg telekomunikacyjnych (wpisać przyczynę niepełnosprawności)
- ulg podatkowych,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- inne wpisać jakie

CEL PODSTAWOWY:

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny ilość dzieci i ich wiek.....
osoby wspólnie zamieszkujące

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	całkowita opieka
- wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- komunikowanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uczestnictwo w życiu społecznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, jakiego: niezbędne wskazane zbędne
.....

4.sytuacja zawodowa:

wykształceniezawód wyuczony.....
obecne zatrudnienie:
zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie (nie pobieram*) z ubezpieczenia społecznego
jakie
od kiedy
2. aktualnie toczy się (nie toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. składałem/am (nie składałem/am*) uprzednio wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy.....orzeczenie ważne do.....
z jakim skutkiem (podać stopień).....
4. jestem świadomy/a obowiązkowego stawiennictwa na posiedzeniu składu orzekającego
5. **w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia złożonego zaświadczenia o stanie zdrowia o dodatkowe badania, konsultacje specjalistyczne lub obserwacje szpitalne, jak również konieczności dojazdu na badania w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, iż od odrzucenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje mi prawo wniesienia odwołania i świadomie wybrałem tryb orzekania zgodnie z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. 123 poz. 776 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, (Dz.U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/osoby będącej pod moją opieką danych osobowych, polegające na ich zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu i udostępnianiu.

Jednocześnie ja niżej podpisany/a pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, składam oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Niniejszy wniosek jest zwolniony z opłaty skarbowej zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1b ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, (Dz.U. z 2006 r. Nr 225 poz. 1635 z późn. zm).

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

Załączniki:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego osobę składającą wniosek (UWAGA! Zaświadczenie jest aktualne przez 30 dni od daty wystawienia),
2. posiadana dokumentacja medyczna
3. inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (jakie?).....
.....

* niepotrzebne skreślić

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 32 624-75-55

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Ośrodka Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez:

.....

.....
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

.....
podpis osoby zainteresowanej

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Numer i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....
.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu):

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....

.....

.....

• Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie*

• Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

• Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

.....

• W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie*

• W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

Tak / Nie*

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA! Niniejsze zaświadczenie traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia.

* niepotrzebne skreślić