

**Wniosek o wydanie orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy : data

WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko.....
Imię pierwsze.....
Imię drugie.....
Data urodzenia miejsce urodzenia
Adres zamieszkania.....
Adres do korespondencji
Numer PESEL
Seria i nr dokumentu tożsamości.....
Data wydania dokumentu tożsamości.....
Przez kogo został wydany dokument tożsamości.....
Nr tel.....

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

1. Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów :*
- szkolenia,
 - odpowiedniego zatrudnienia,
 - korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji /
korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych /,
 - konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
 - uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
 - korzystania z karty parkingowej,
 - zasiłek stały,
 - zasiłek pielęgnacyjny,
 - inne : jakie?

Uzasadnienie wniosku :

1. sytuacja społeczna :
stan cywilny
stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

	samodzielnie	z pomocą
wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x
prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x
poruszanie się w środowisku	x	x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
- | | | |
|-----------|----------|--------|
| niezbędne | wskazane | zbędne |
|-----------|----------|--------|

X X X

3. sytuacja zawodowa :

wykształcenie
zawód
obecne zatrudnienie

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 (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności :
kiedy
z jakim skutkiem
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 długotrwałej lub nie rokującej poprawy
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. posiadam (nie posiadam)* prawo jazdy, pozwolenie do kierowania tramwajem.
7. seria i numer oraz organ wydający prawo jazdy lub pozwolenie

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM
FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA
ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

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

* niepotrzebne skreślić